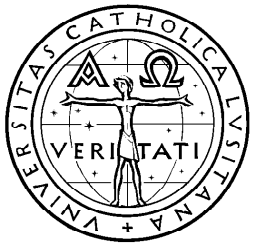


UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM
CONTRIBUTOS PARA A CONCEÇÃO DE UM PROGRAMA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CLINICAL SUPERVISION IN NURSING
CONTRIBUTIONS TO THE CONCEPTION OF A PROGRAM IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na Especialidade de Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por

Regina Maria Ferreira Pires

Sob a orientação de

Professor Doutor Rui Canário
Professor Doutor Filipe Pereira

Instituto de Ciências da Saúde
Fevereiro, 2019

Estudo cofinanciado pela FCT, ao abrigo do programa PROTEC
FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

Ao Marcelo

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Canário, obrigada pela compreensão e incentivo nos momentos difíceis, e, principalmente, por me ter dado a oportunidade de trabalhar consigo, pois ficaria uma pessoa mais "pobre" se assim não fosse!
Ao Professor Doutor Filipe Pereira, obrigada por tudo! Pela ajuda e clarividência, pela partilha de tanto conhecimento, pelas portas que me ajudou a abrir, pela sua compreensão e incentivo nos momentos tão difíceis. Por aceitar coorientar-me! Mas, principalmente, pela amizade!
À Direção da ESEP pela preocupação de gerir a instituição por forma a facilitar e estimular a concretização dos projetos e processos académicos, que contribuem para que a escola seja mais "escola".
Ao ACES Alto Tâmega e Barroso, por me ter permitido desenvolver este trabalho: um contexto de excelência para se fazer investigação!
Aos colegas dos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Chaves II, que aceitaram participar no estudo, por toda a disponibilidade, pela amizade e pelo contributo inestimável. A todos o meu Obrigada!
À Fernanda, à Isabel Luísa, à Maria José, obrigada pelo papel fundamental que tiveram ao abrirem-me as portas à realização deste trabalho, pelos seus estímulos, pela preocupação em que decorresse tudo nos tempos pretendidos, pelos incentivos. Mas, principalmente, pela oportunidade que me deram de as conhecer e ter como amigas!
À Laurentina, obrigada por tudo! O melhor deste percurso! Pelo apoio, por dar o seu melhor para que eu conseguisse trabalhar.
À Fernanda Bastos e à Zé Lumini, obrigada pela ajuda, incentivo e companhia!
À Margarida Reis Santos, obrigada pelo apoio e preocupação com os percursos!
À Joana, à Inês, à Alice, à Paula Prata, à Alex, obrigada pelo apoio!
A todos os colegas e amigos que me incentivaram, obrigada!
À Mena.
À minha família, obrigada por tudo, principalmente pela compreensão.

RESUMO

A supervisão clínica (SC) em enfermagem consiste num processo facilitador do desenvolvimento profissional que tem vindo a ser estratégicamente adotado por diferentes políticas de saúde, no sentido de assegurar a qualidade e segurança dos cuidados.

A evidência sugere a melhoria da qualidade dos cuidados com a implementação da SC, contudo, é escassa a investigação que demonstre o seu impacte na melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e nos resultados diretos nos clientes. Neste sentido, a presente investigação tem por finalidade contribuir para a conceção de um programa de SC que se mostre útil e adequado ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e se constitua como contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

A investigação radicou no paradigma construtivista. O trabalho de campo integrou quatro fases: acesso ao campo e definição das estratégias de recolha e tratamento dos dados; identificação da supervisão em uso e exposta, definição do "problema" e oportunidades de desenvolvimento; planeamento da mudança e definição do programa de SC; e apresentação dos resultados.

Utilizámos estratégias qualitativas e quantitativas para recolha de dados, entrevista semi-estruturada e questionário, respetivamente, com o objetivo de triangulação e consolidação do "emergente".

Participaram nas entrevistas 42 enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Alto Tâmega e Barroso, 85,7% do sexo feminino. Na recolha de dados através dos questionários, participaram 44 enfermeiros, do mesmo contexto, 86,4% do sexo feminino.

Da análise emergiram três grandes domínios: as conceções sobre a supervisão clínica em enfermagem, a SC em uso e a SC proposta. A partir destes definiram-se os elementos centrais para o programa de SC e delimitaram-se as estratégias e metodologias adequadas à sua implementação.

Os resultados obtidos permitiram concluir da existência de práticas de supervisão em uso, algumas destas intrínsecas à SC. Os participantes expuseram a implementação de políticas de SC centradas nas funções formativa, normativa e de suporte.

O programa a implementar delimita os elementos que presidem à SC: aplicabilidade e público-alvo, fundamentos concetuais, filosofia, cultura, finalidade, objetivos, âmbitos, funções e responsabilidades dos intervenientes, formação, treino e apoio dos supervisores, a manutenção, confidencialidade e segurança dos registos, monitorização e avaliação da SC.

A incorporação de políticas de SC no contexto dos CSP constitui um desafio, nomeadamente, no que respeita à operacionalização, contudo, o seu impacte na qualidade do exercício profissional pode legitimar o investimento na sua adoção.

Palavras-chave: Programa de Supervisão Clínica em Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Exercício profissional; Garantia da Qualidade

ABSTRACT

Clinical supervision (CS) in nursing is a process that facilitates professional development that has been strategically adopted by different health policies in order to ensure the quality and safety of care.

The evidence suggests an improvement in the quality of care with the implementation of the CS, however, research that demonstrates its impact in improving the quality of the nurses' professional practice and in the direct results in the clients are meager. In this sense, the present research aims to contribute to the design of a CS program that is useful and appropriate to the Primary Health Care context and constitutes a contribution to the improvement of the quality of the nurses' professional exercise.

The research was anchored in the constructivist paradigm. Fieldwork included four phases: access to the field and definition of data collection and processing strategies; identification of the supervision in use and exposed, definition of the "problem" and opportunities for development; change planning and definition of CS program; and results presentation.

We used qualitative and quantitative strategies for data collection, semi-structured interview and questionnaire, respectively, with the objective of triangulation and consolidation of the "emerging".

A total of 42 nurses from Alto Tâmega and Barroso Health Centers Group (ACeS) participated in the interviews, 85.7% female. In the data collection through questionnaires, participated 44 nurses from the same context, 86.4% female.

Three key areas emerged from the analysis: the concepts of clinical supervision in nursing, CS in use and the proposed. From these, the central elements for the CS program and the strategies and methodologies appropriate to their implementation were defined.

The results obtained allowed to conclude from the existence of supervision practices in use, some of them intrinsic to the CS. Participants exposed the implementation of CS policies focused on formative, normative and support functions of supervision.

The program to be implemented delimits the elements that preside over the CS: applicability and target audience, conceptual foundations, philosophy, culture, purpose, objectives, scopes, roles and responsibilities of the actors, education, training and support of supervisors, maintenance, confidentiality and record keeping, monitoring and evaluation of the CS.

The incorporation of CS policies in the context of Primary Health Care is a challenge, in particular with regard to operationalization, however, their impact on the quality of the professional practice can legitimize the investment in their adoption.

Keywords: Clinical Supervision Program in Nursing; Nursing Supervisory; Professional exercise; Quality assurance

RESUMEN

La supervisión clínica (SC) en enfermería consiste en un proceso facilitador del desarrollo profesional que ha sido estratégicamente adoptado por diferentes políticas de salud, para asegurar la calidad y la seguridad de los cuidados.

La evidencia sugiere la mejoría de la calidad de los cuidados con la implantación de la SC, sin embargo, es escasa la investigación que demuestre su impacto en la mejora de la calidad de la calidad de la actividad profesional de los enfermeros y en los resultados directos en los clientes. En este sentido, la presente investigación tiene como finalidad contribuir a la elaboración de un programa de SC que resulte útil y adecuado al contexto de la Atención Primaria y que contribuya a la mejoría de la calidad de la actividad profesional de los enfermeros.

La investigación radicó en el paradigma constructivista. El trabajo de campo integró cuatro fases: acceso al campo y definición de las estrategias de recogida y tratamiento de los datos; de la supervisión en uso y expuesta, definición del "problema" y oportunidades de desarrollo; la planificación del cambio y la definición del programa de SC; y la presentación de los resultados.

Utilizamos estrategias cualitativas y cuantitativas para la recolección de datos, entrevista semiestructurada y cuestionario, respectivamente, con el objetivo de triangulación y consolidación del "emergente".

Participaron en las entrevistas 42 enfermeros de las Agrupaciones de Centros de Salud (ACeS) de Alto Tâmega y Barroso, 85,7% del sexo femenino. En la recogida de datos a través de los cuestionarios, participaron 44 enfermeros, del mismo contexto, el 86,4% del sexo femenino.

Del análisis surgieron tres grandes ámbitos: los conceptos sobre la supervisión clínica en enfermería, la SC en uso y la SC propuesta. A partir de y se delimitaron las estrategias y metodologías adecuadas para su aplicación.

Los resultados obtenidos permitieron legar a la conclusión de la existencia de prácticas de supervisión en uso, algunas de estas intrínsecas a la SC. Los participantes expusieron la aplicación de políticas de SC centradas en las funciones formativa, normativa y de soporte.

El programa a aplicar delimita los elementos que presiden la SC: aplicabilidad y público, fundamentos conceptuales, filosofía, cultura, finalidad, objetivos, ámbitos, funciones y responsabilidades de los participantes, formación, entrenamiento y apoyo de los supervisores, el mantenimiento, la confidencialidad y seguridad de los registros, seguimiento y evaluación de la SC.

La incorporación de políticas de SC en el contexto de Atención Primaria constituye un desafío, especialmente en lo que se refiere a la operacionalización, sin embargo, su impacto en la calidad de la actividad profesional de los enfermeros puede legitimar el invertir en su aplicación.

Palabras clave: Programa de Supervisión Clínica en Enfermería; Supervisión de Enfermería; Actividad Profesional; Garantía de calidad

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACMHN - Australian College of Mental Health Nurses
APA - American Psychological Association
ARS - Administração regional de saúde
CACREP - Accredited Counselor Education Programs
CHMA - Centro Hospitalar Médio Ave
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem
Cit. - Citação
CPNA - Community Psychiatric Nurses Association
CS - Centros de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DoH - Department of Health
DPT - Desenvolvimento Profissional Tutelado
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
Enfª - Enfermeira
Enfº - Enfermeiro
Enfºs - Enfermeiros
EPT - Exercício Profissional Tutelado
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
EUA - Estados Unidos da América
HKU - Hong Kong University
HQS - Health Quality Service
ICN - International Council of Nurses
IPQ - Instituto Português da Qualidade
IQS - Instituto da Qualidade em Saúde
LPT - Leicestershire Partnership NHS Trust
MDP - Modelo de Desenvolvimento Profissional
NCPDNM - National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery
NHS - National Health Service
NMC - Nursing and Midwifery Council
NSW - New South Wales Government
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da saúde
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PBE - Prática baseada na evidência

PCT - Primary Care Trust

Pg. - Página

PTE - Prática Tutelada em Enfermagem

RCN - Royal College of Nursing

RN - Região Norte

SAFECARE - Projeto Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SS - Serviços de saúde

TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UK - United Kingdom

UKCC - United Kingdom Central Council

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de supervisão clínica de Nicklin 23
Figura 2 - Desenho do estudo 35
Figura 3 - Domínios da análise 50
Figura 4 - Representações sobre SCE: temas resultantes 57
Figura 5 - O conceito de SCE: categorias e subcategorias 58
Figura 6 - Significado da SCE: dimensões e subcategorias 63
Figura 7 - Supervisão como processo: categorias 73
Figura 8 - Formação e desenvolvimento profissional: subcategorias 75
Figura 9 - Interação e relação: subcategorias 82
Figura 10 - Garante da qualidade e segurança dos cuidados: subcategorias 85
Figura 11 - Importância da SCE: categorias 90
Figura 12 - Síntese das representações dos enfermeiros sobre a SCE 93
Figura 13 - Supervisão em uso: temas resultantes 95
Figura 14 - Supervisão em uso: categorias 95
Figura 15 - Âmbitos da supervisão em uso: subcategorias 97
Figura 16 - Cultura de supervisão em uso: categorias 98
Figura 17 - Filosofia de supervisão em uso: categoria 101
Figura 18 - Supervisão em uso 102
Figura 19 - Supervisão clínica proposta: temas resultantes 105
Figura 20 - Da supervisão à SCE: categoria e subcategoria 107
Figura 21 - Implementação da SC: estádios e temas, segundo Lynch e Happel (2008a) 111
Figura 22 - Cultura de SCE proposta: categorias 115
Figura 23 - Filosofia de SCE proposta: categoria 117
Figura 24 - Objetivos da SCE proposta: categorias 118
Figura 25 - Dimensões inerentes à categoria «identificar necessidades» 119

Figura 26 - Função restaurativa: subcategorias 123
Figura 27 - Função formativa: subcategorias 129
Figura 28 - Função normativa: subcategorias 143
Figura 29 - Apoio: dimensões 169
Figura 30 - Apoio profissional em uso/desejado: subcategorias 172
Figura 31 - Formação contínua em uso e desejada: subcategorias 180
Figura 32 - Observação das práticas: subcategorias 184
Figura 33 - "Observação das práticas" em uso: subcategorias 188
Figura 34 - "Observação das práticas" em uso: subcategorias 190
Figura 35 - "Análise da documentação dos cuidados de enfermagem" em uso/desejada: subcategorias 196
Figura 36 - Análise crítico-reflexiva das práticas em uso/desejada: dimensões e subcategorias 210
Figura 37 - Caraterísticas das sessões de SCE 258
Figura 38 - Frequência proposta para as sessões de SCE 263
Figura 39 - Duração das sessões de SCE 268
Figura 40 - Processo de *feedback* segundo Jerome (1995) 280
Figura 41 - Dimensões do *feedback* 281
Figura 42 - Feedback: subcategorias 287
Figura 43 - Supervisão à distância telefone: subcategorias 303
Figura 44 - Supervisão à distância *e-mail*: subcategoria 309
Figura 45 - Estilos de supervisão: categorias 319
Figura 46 - Adaptado de Gatfield (2005) 319
Figura 47 - Caraterísticas do supervisor e funções discursivas predominantes 321
Figura 48 - Formatos de SCE em uso e expostos: categorias 328
Figura 49 - Formato individual: subcategoria 329
Figura 50 - Formato de grupo: subcategorias 331
Figura 51 - Avaliação da SCE: categorias 338
Figura 52 - Operacionalização do processo de SCE: subcategorias 346

Figura 53 - Supervisão clínica proposta 362
Figura 54 - Conteúdos do programa de SCE para as UCSP do ACES do Alto Tâmega e Barroso ... 366
Figura 55 - Objetivos da SCE 374
Figura 56 - Enquadramento do programa de SCE 377
Figura 57 - Modelo de Donabedian adaptado à qualidade da SCE/qualidade da atenção 382
Figura 58 - Formatos de SCE a implementar nos CS 385
Figura 59 - Tipologia de SCE a implementar nos CS 386
Figura 60 - Plano das sessões 388
Figura 61 - Alguns aspetos operativos da SCE 390

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização das classificações dos modelos de supervisão clínica 21
Quadro 2 - Blocos temáticos da entrevista 40
Quadro 3 - Conteúdos transversais a diferentes políticas de SC 110
Quadro 4 - Aspetos a considerar na documentação das sessões de supervisão 114
Quadro 5 - Níveis de satisfação das necessidades do supervisado 122
Quadro 6 - Estratégias de SCE em uso e desejadas: categorias 159
Quadro 7 - Indicadores da estratégia «Apoio» 176
Quadro 8 - Indicadores da estratégia «Formação contínua» 183
Quadro 9 - Indicadores da estratégia «Análise da documentação dos cuidados de enfermagem» ... 200
Quadro 10 - Indicadores da estratégia «Auto supervisão» 205
Quadro 11 - Indicadores da estratégia «Demonstração» 208
Quadro 12 - Indicadores da estratégia «Análise crítico-reflexiva das práticas» 231
Quadro 13 - Indicadores da estratégia «Análise de casos em grupo» 236
Quadro 14 - Indicadores da estratégia «Análise de casos com o supervisado» 239
Quadro 15 - Indicadores da estratégia «Sessões de supervisão individuais» 245
Quadro 16 - Indicadores da estratégia «Sessões de supervisão em grupo» 253
Quadro 17 - Questões a abordar nas sessões de SC 276
Quadro 18 - Indicadores da estratégia «*Feedback*» 294
Quadro 19 - Indicadores da estratégia «Relatório reflexivo» 298
Quadro 20 - Indicadores da estratégia «Supervisão à distância: telefone» 305
Quadro 21 - Indicadores da estratégia «Supervisão à distância: *e-mail*» 310
Quadro 22 - Indicadores da estratégia «Supervisão à distância: *skype*®» 313
Quadro 23 - Estilos de supervisão segundo Glickman (1985) 320
Quadro 24 - Formatos de supervisão segundo Houston (1990) 326
Quadro 25 - Formatos de supervisão segundo Potter (2004) 327

Quadro 26 - Formatos de supervisão segundo Department of Psychology HKU.....327
Quadro 27 - Pontos fortes e potenciais desafios da supervisão individual 330
Quadro 28 - Formatos de supervisão segundo Lonn (2014) 336
Quadro 29 - *Ranking* dos 10 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados.....342
Quadro 30 - Métodos e instrumentos de avaliação da SC 343
Quadro 31 - Instrumentos de avaliação da SC 344
Quadro 32 - Fatores de resistências à SCE 359
Quadro 33 - Âmbito do programa de supervisão para o ACES 373
Quadro 34 - Direitos e responsabilidades do supervisado 375
Quadro 35 - Direitos e responsabilidades do supervisor 376
Quadro 36 - Indicadores de qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados 381
Quadro 37 - As estratégias de SCE 384
Quadro 38 - Vantagens e desvantagens da SCE em grupo e individual 387
Quadro 39 - As estratégias de SCE 391
Quadro 40 - Monitorização da SCE.....414

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes 45

Tabela 2 - Idade e tempo de exercício profissional dos enfermeiros 47

Tabela 3 - Frequência de utilização de estratégias de SC 161

Tabela 4 - Frequência desejada de utilização de estratégias de SC 162

Tabela 5 - As estratégias de SCE mais frequentemente utilizadas/desejadas 163

Tabela 6 - As estratégias de SCE menos frequentemente utilizadas/desejadas 164

Tabela 7 - Relevância das estratégias de SCE 165

Tabela 8 - Apoio: relevância 168

Tabela 9 - Formação contínua: relevância 179

Tabela 10 - Observação das práticas: relevância 186

Tabela 11 - Análise da documentação dos cuidados: relevância 195

Tabela 12 - Auto supervisão: relevância 203

Tabela 13 - Demonstração: relevância 207

Tabela 14 - Análise crítico-reflexiva das práticas: relevância 229

Tabela 15 - Análise de casos em grupo: relevância 235

Tabela 16 - Análise de casos com o supervisado: relevância 239

Tabela 17 - Sessões de supervisão individuais: relevância 244

Tabela 18 - Sessões de supervisão em grupo: relevância 250

Tabela 19 - *Feedback*: relevância 292

Tabela 20 - Relatório reflexivo: relevância 296

Tabela 21 - Supervisão à distância por telefone: relevância 302

Tabela 22 - Supervisão à distância por *e-mail*: relevância 308

Tabela 23 - Supervisão à distância por *skype*®: relevância 312

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Apoio: frequência com que era realizado/desejado 167

Gráfico 2 - Formação contínua: frequência com que era utilizada/desejada 178

Gráfico 3 - Observação das práticas: frequência com que era utilizada/desejada 185

Gráfico 4 - Análise da documentação dos cuidados: frequência com que era utilizada/desejada 194

Gráfico 5 - Auto supervisão: frequência com que era utilizada/desejada 202

Gráfico 6 - Demonstração: frequência com que era utilizada/desejada 206

Gráfico 7 - Análise crítico-reflexiva das práticas: frequência com que era utilizada/desejada 228

Gráfico 8 - Análise de casos em grupo: frequência com que era utilizada/desejada 234

Gráfico 9 - Análise de casos com o supervisado: frequência com que era utilizada/desejada 238

Gráfico 10 - Sessões de supervisão individuais: frequência com que era utilizada/desejada 243

Gráfico 11 - Sessões de supervisão em grupo: frequência com que era utilizada/desejada 249

Gráfico 12 - *Feedback*: frequência com que era utilizado/desejado 291

Gráfico 13 - Relatório reflexivo: frequência com que era utilizado/desejado 295

Gráfico 14 - Supervisão à distância, telefone: frequência com que era utilizada/desejada 301

Gráfico 15 - Supervisão à distância, *e-mail*: frequência com que era realizada/desejada 307

Gráfico 16 - Supervisão à distância por *skype*®: frequência com que era utilizada/desejada 311

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 1

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO **13**

1.1. SUPERVISÃO CLÍNICA: DESENVOLVIMENTOS E CONCEITOS 15

1.2. SUPERVISÃO CLÍNICA: MODELOS 20

1.3. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO 24

2. METODOLOGIA **31**

2.1. FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO 31

2.2. PARADIGMA DA INVESTIGAÇÃO 32

2.3. TIPO DE ESTUDO 33

2.4. DESENHO DO ESTUDO 35

2.4.1. O CONTEXTO DO ESTUDO 36

2.4.2. O ACESSO AO CAMPO: CONHECER E PREPARAR O CONTEXTO 37

2.4.3. A EXPLORAÇÃO: A ANÁLISE DAS PRÁTICAS, DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO 38

2.4.4. PLANEAMENTO DA MUDANÇA: DEFINIÇÃO DAS LINHAS GERAIS PARA UM PROGRAMA DE SCE ÚTIL AO CONTEXTO E PARTICIPANTES 38

2.5. ESTRATÉGIAS DE COLHEITA DE DADOS 39

2.5.1. ENTREVISTAS 40

2.5.2. NOTAS DE CAMPO 41

2.5.3. QUESTIONÁRIOS 41

2.6. PARTICIPANTES NO ESTUDO 43

2.6.1. DAS ENTREVISTAS 43

2.6.2. DOS QUESTIONÁRIOS 46

2.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS 47

2.8. ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS QUANTITIVOS 51

2.9. CRITÉRIOS DE CIENTIFICIDADE....52
2.10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS....53
3. REPRESENTAÇÕES SOBRE A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM....57
3.1. O CONCEITO "SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM"....57
3.1.1. CONHECIMENTO SOBRE "SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM"....58
3.1.2. SIGNIFICADO ATRIBUÍDO A "SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM"....63
3.1.3. ALTERAÇÃO DO TERMO «SUPERVISÃO»....71
3.2. A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMO PROCESSO....73
3.2.1. DA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL....75
3.2.2. DA INTERAÇÃO E RELAÇÃO....82
3.2.3. DA GARANTIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS....85
3.3. IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM....90
4. A SUPERVISÃO EM USO....95
4.1. A SUPERVISÃO PRATICADA....95
4.1.1. SUPERVISÃO INFORMAL....95
4.1.2. ÂMBITOS DA SUPERVISÃO PRATICADA....97
4.2. A CULTURA ORGANIZACIONAL DE SUPERVISÃO....98
4.3. A FILOSOFIA DE SUPERVISÃO....101
5. A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PROPOSTA....105
5.1. DA SUPERVISÃO À SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM....105
5.1.1. FORMALIZAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM....107
5.2. CULTURA DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM....115
5.3. FILOSOFIA DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM....116
5.4. OBJETIVOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM....118
5.4.1. CLARIFICAR OS PROPÓSITOS DA SCE....118
5.4.2. IDENTIFICAR NECESSIDADES....119

5.4.3. GARANTIR A FUNÇÃO RESTAURATIVA DA SCE 123
5.4.4. GARANTIR A FUNÇÃO FORMATIVA DA SCE..... 129
5.4.5. GARANTIR A FUNÇÃO NORMATIVA DA SCE 142
5.4.6. PROCESSO NÃO AVALIATIVO..... 153
5.4.7. PROMOVER A IMAGEM SOCIAL DA PROFISSÃO 154
5.5. AS ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO EM USO E PROPOSTAS 156
5.5.1. APOIO 166
5.5.2. FORMAÇÃO CONTÍNUA..... 176
5.5.3. OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 183
5.5.4. ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM 193
5.5.5. AUTO SUPERVISÃO..... 200
5.5.6. DEMONSTRAÇÃO..... 205
5.5.7. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS PRÁTICAS..... 209
5.5.8. ANÁLISE DE CASOS EM GRUPO 231
5.5.9. ANÁLISE DE CASOS COM O SUPERVISADO 236
5.5.10. SESSÕES DE SUPERVISÃO INDIVIDUAIS/ENTREVISTAS COM O ENFERMEIRO CHEFE.... 240
5.5.11. SESSÕES DE SUPERVISÃO EM GRUPO/REUNIÕES DE SERVIÇO..... 246
5.5.12. TIPOLOGIA ECLÉTICA 253
5.5.12.1. Caraterísticas das sessões de supervisão……267
5.5.13. FEEDBACK..... .279
***5.5.*13.1. Feedback: dimensões……290**
5.5.13.2. Feedback: caraterísticas……...……...……296
5.5.14. RELATÓRIO REFLEXIVO 294
5.5.15. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: TELEFONE..... 298
5.5.15.1. Supervisão à distância por telefone: caraterísticas……..……313
5.5.16. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: *E-MAIL* 305
5.5.16.1. Supervisão à distância por *e-mail*: caraterísticas……...319

5.5.17. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: *SKYPE*®.....310

5.5.18. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: VIDEOCONFERÊNCIA.....313

5.5.19. TIC AJUDAM NA SUPERVISÃO À DISTÂNCIA.....315

5.6. ESTILOS DE SUPERVISÃO EM USO E PROPOSTOS.....318

5.7. FORMATOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM USO E PROPOSTOS 326

5.8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SCE PROPOSTA 336

5.9. PORMENORES DA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE SCE.....346

6. O PROGRAMA DE SCE PARA OS CSP 365

6.1. PROGRAMA.....367

6.2. PROCEDIMENTOS.....383

6.3. CONSIDERAÇÕES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO 393

7. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....397

8. BIBLIOGRAFIA.....419

ANEXOS 447

ANEXO 1 - Guião de entrevista semiestruturada

ANEXO 2 - Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QAFESCE]

ANEXO 3 - Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QARIESCE]

ANEXO 4 - Questionário de Avaliação da Relevância das Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QARESCE]

ANEXO 5 - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e à Direção do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso.

ANEXO 6 - Termo de consentimento informado para a realização da entrevista e gravação em suporte áudio.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde constitui uma das mais complexas e problemáticas funções das sociedades modernas. Face aos grandes desenvolvimentos, transversais a todos os níveis da atividade humana, a pressão crescente, decorrente de fatores tecnológicos, económicos, sociais, culturais, entre outros, tem conduzido a rápidas e profundas transformações nas diferentes áreas, colocando-nos face a novas exigências, com grande impacto a nível das políticas de saúde, concorrendo para a consolidação do desafio da qualidade. Este assume, na atualidade, particular relevo em áreas como a da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no domínio da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Este fenómeno não se circunscreve ao nosso país. Lançando um olhar sobre as políticas internacionais, verifica-se que a qualidade dos cuidados de enfermagem tem vindo a ser discutida de forma mais profunda e consistente, pelo menos desde a década de 1980, existindo vasta literatura e relatórios de investigação que descrevem uma variedade de intervenções e métodos para melhorar a qualidade dos cuidados (Hyrkäs, 2006; Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2014; Bishop, 2016).

A Organização Mundial de Saúde [OMS], enquanto autoridade diretora e coordenadora de saúde dentro do sistema das Nações Unidas, responsável pela liderança em questões de saúde globais e moldando a agenda de investigação em saúde determinou que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde seria uma das metas estabelecidas pela Região Europeia “Saúde para Todos no ano 2000”. Esta meta constituiu-se como um desafio e obrigação no sentido de reduzir as desigualdades no sector, salientando a necessidade de se ir para além do estabelecimento do nível das evoluções técnicas para assegurar que os serviços de saúde satisfaçam, de um modo integrado, uma diversidade de necessidades (Kemp & Richardson, 1995). As recomendações da OMS sugeriam que a partir de 1990, todos os Estados membros tivessem constituído mecanismos eficazes no sentido de assegurar a qualidade de cuidados aos clientes, dentro dos respetivos sistemas de cuidados de saúde (World Health Organization, 1983).

A OMS faz ainda referência aos cuidados de saúde prestados e ao modo como os programas de garantia da qualidade devem proporcionar ao profissional um constante

aperfeiçoamento de si próprio, em função das respostas que vai recebendo, incluindo uma componente educacional nos programas dos trabalhadores da área da saúde que se relacionem, especificamente, com as questões da qualidade dos serviços que prestam e a sua aceitação pelos clientes (Kemp & Richardson, 1995).

Diferentes países europeus têm vindo a desenvolver soluções diferentes com vista à melhoria da qualidade, tendo vindo a ser criada legislação para regular a qualidade dos serviços de saúde (Hyrkäs, 2006; Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2014; Bishop, 2016).

Em Portugal, a qualidade transformou-se numa filosofia e eixo estruturante das políticas de saúde. No sentido de dar resposta a este desafio, em 1999, através de uma portaria conjunta da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde, foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde [IQS], extinto em 2006, inserido na "Estratégia de Saúde para o virar do Século", a qual instituiu como objetivo prioritário a definição de uma política de qualidade para o sector, que veio a culminar na implementação de programas de melhoria da qualidade a nível das organizações de saúde (Instituto da Qualidade em Saúde, 2002).

Com base num acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português e o Serviço de Qualidade em Saúde do Reino Unido (Health Quality Service [HQS]) foi adotado o programa de acreditação baseado na metodologia King's Fund, o qual deu origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais. Deste programa, cujo acordo terminou em 2004, salientamos o facto do mesmo integrar uma norma que fazia referências explícitas à supervisão clínica em enfermagem [SCE], enquanto estratégia para assegurar a qualidade dos cuidados e a formação em contexto da prática. Consideramos que este é um dos fatores onde reside a génese do debate sobre a problemática da SCE nos contextos da prática, no nosso país, pois em algumas organizações de saúde despoletou a curiosidade intelectual e interesse pela discussão e reflexão sobre a mesma.

Ainda no que à enfermagem diz respeito, algumas das políticas de qualidade e segurança dos cuidados têm passado pela implementação de políticas de SCE, em países como os Estados Unidos da América [EUA], Canadá, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Austrália, Nova Zelândia, entre outros.

O Reino Unido é exemplo do amplo incremento das práticas de SCE, através das políticas de saúde do Sistema Nacional de Saúde (National Health System [NHS]), principalmente a partir da década de noventa do século passado. A SCE, enquanto processo facilitador do apoio profissional e aprendizagem, permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, assumirem responsabilidades pelo próprio desempenho,

assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes em situações clínicas complexas. Segundo o Departamento de Saúde do país supracitado (Department of Health [DoH]), a supervisão tem óbvias ligações com a gestão clínica, que pode ser definida como um quadro através do qual as organizações do National Health Service [NHS] são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e manter elevados padrões de atendimento, criando um ambiente no qual a excelência clínica se irá desenvolver (National Health Service [NHS], 2011b; Henderson, 2014; Hull, 2016).

A gestão clínica coloca a tónica da responsabilidade pela qualidade do atendimento nos cuidados de saúde sobre as organizações e sobre os indivíduos dentro das mesmas. Neste sentido, desde cedo, o Conselho Central do Reino Unido (United Kingdom Central Council [UKCC]) considera que a SCE é necessária na prática clínica, pois proporciona aos profissionais o desenvolvimento de conhecimentos e competências na reflexão sobre as práticas e aprendizagem pela experiência, permitindo-lhes estabelecer, manter e promover padrões de qualidade e inovação, no sentido de responder aos interesses e necessidades dos clientes (United Kingdom Central Council, 1995; Hyrkäs, 2006; White & Winstanley, 2014).

Numa perspetiva mais vasta, a SCE destina-se a identificar soluções para diferentes tipos de problemas da prática de enfermagem, melhorar a prática e aumentar a compreensão de questões do âmbito profissional. Um dos elementos fundamentais da supervisão clínica [SC], mencionado na literatura, é o aumento da proteção dos consumidores e da segurança dos cuidados em situações clínicas complexas (Hyrkäs, 2006; White & Winstanley, 2014; Hull, 2016).

A enfermagem em Portugal não tem ficado indiferente a estes desenvolvimentos, não obstante a conjuntura global. Tal como noutros países, a discussão sobre a temática da SCE tem vindo a atrair a atenção de investigadores, educadores e, mais recentemente, da comunidade da prática, tendo-se aprofundado as reflexões neste âmbito, quer por via dos contextos académicos quer por via dos aspetos estatutários da profissão. A Ordem dos Enfermeiros [OE] desempenhou um papel determinante neste âmbito, com base na filosofia estruturante da promoção e garantia da qualidade em saúde, através do enunciado descritivo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Por outro lado, houve uma fase em que também contribuiu para o incremento da discussão da problemática, com base nos princípios do Modelo de Desenvolvimento Profissional [MDP].

Desde o início deste século que no nosso país se tem vindo a desenvolver investigação na área da SCE, podendo dizer-se que esta tem sido feita essencialmente no âmbito dos contextos e percursos académicos. No que à supervisão de pares diz respeito, embora já

tenhamos significativos desenvolvimentos a nível internacional, atrevemo-nos a dizer que, em Portugal, o debate ainda está numa fase algo embrionária e a investigação e evidência produzidas ainda são relativamente escassas. Não podemos deixar de referir que, a nível internacional, muita da evidência disponível remete para investigação desenvolvida em contexto hospitalar. Não obstante em alguns países se tenha desenvolvido alguma investigação em contexto da saúde mental e, também, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários [CSP] e na comunidade, foi em hospitais que foram desenvolvidos alguns dos trabalhos mais conhecidos, relacionados com o impacte da SCE na qualidade dos cuidados de enfermagem. O mesmo se tem verificado em Portugal, nesta década em que assistimos a alguma investigação na área, dos quais damos como exemplos Garrido (2004), Pires (2004), Soares (2004) e Cruz (2012).

A SCE é uma problemática sobre a qual nos temos vindo a debruçar com profundidade, quer no nosso percurso académico, que nos fez enveredar pelo Mestrado em Supervisão, quer em contexto profissional, com o trabalho desenvolvido na área e a investigação em que temos participado. O interesse pelo desenvolvimento da presente investigação prende-se com motivações de índole pessoal que estão intimamente relacionadas com o nosso trajeto profissional e académico, mas, fundamentalmente, com a procura de evidências sobre a SCE, neste caso em contexto dos CSP. Neste sentido, constituem-se como fundamentos da realização desta investigação:

- o trabalho em unidades de saúde, onde as reações emocionais dos enfermeiros são uma das componentes do exercício profissional que pode interferir na qualidade e segurança dos cuidados;
- o exercício da docência, com uma permanente ligação com os contextos das práticas clínicas, que proporciona uma visão mais abrangente sobre os fenómenos organizacionais;
- a consciência de que é necessário promover a qualidade dos serviços de saúde em geral, e do exercício profissional dos enfermeiros em particular, sob uma perspetiva integrada, que tenha em conta o desenvolvimento simultâneo da instituição, das pessoas e das práticas, pois como Pereira (2009, p. 69), também nós acreditamos que "*a qualidade dos cuidados de enfermagem e de saúde, enquanto conceitos mais abrangentes, são necessariamente influenciados pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*", o que nos leva a sublinhar a ideia de que a qualidade em saúde não se atinge apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem este pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

- a realização de investigação na área do acompanhamento das práticas dos enfermeiros e estudantes, onde encontrámos alguns contributos para o desenvolvimento da presente investigação;
- o investimento a nível profissional com a responsabilidade inerente à realização de cursos de pós-graduação em SCE na Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP];
- o desenvolvimento de investigação, no âmbito europeu, na área da SC de estudantes;
- a escassa produção de investigação no âmbito da SCE em contexto dos CSP, em Portugal.

Face aos fundamentos apresentados e às reflexões por nós desenvolvidas, entendemos que a relevância do estudo nos remete para temáticas intimamente relacionadas com os fundamentos expostos, inerentes à formação, supervisão e qualidade do exercício dos enfermeiros:

- a sedimentação do paradigma educacional em enfermagem assente nas práticas reflexivas, com preocupações sobre a qualidade do exercício e responsabilidade profissional;
- a necessidade de promover a qualidade organizacional, designadamente, a inovação, a qualidade das práticas profissionais, das atitudes e da formação, em que as políticas de SCE se constituem como uma aposta;
- o desenvolvimento de estratégias mais informadas na área da supervisão das práticas e da formação dos profissionais de saúde, integradas em processos ideológicos de revalorização social da enfermagem.

Os desenvolvimentos, em geral, que se têm verificado a nível da investigação e desenvolvimento na área da SCE, a nível nacional e internacional, nos contextos académicos e nos contextos da prática e as nossas motivações em particular, têm criado em nós a necessidade de percebermos como a SCE se constitui um contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, enquanto "…*conjunto de atributos dos cuidados de enfermagem definidos a partir dos resultados verificados nos clientes e de elementos organizacionais, que contribuem para a adequação dos cuidados prestados pelos enfermeiros numa óptica de melhoria contínua*" (Leprohon, 2001, p. 130), sendo que a qualidade é condicionada pelas competências profissionais, habilidades e conhecimentos que fundamentam a ação dos enfermeiros, o que, "…*por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde*" (Pereira, 2009, p. 86).

Esta questão que se nos coloca, relativamente ao impacte da SCE na qualidade do exercício profissional, é uma preocupação que vimos frequentemente referida por vários teóricos e investigadores da área (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Hyrkäs, Koivula, Lehti, & Paunonen-Ilmonen, 2003; Winstanley & White, 2003; Hyrkäs, Appelquist-Schmidlechner, & Kivimäki, 2005), por vezes até mais direcionada para as questões do impacte da SCE na qualidade dos cuidados aos clientes.

Em Portugal, ainda que não se identifiquem práticas formais de SCE, já se tem vindo a desenvolver algum trabalho relativamente a esta problemática.

Numa parceria entre a ESEP e o Centro Hospitalar do Médio Ave, foi iniciado em 2011 o projeto "Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados" [SAFECARE], em contexto hospitalar, cujos objetivos, numa primeira fase, passaram por identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, avaliar as necessidades em SCE relativamente aos indicadores identificados e as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros. Numa segunda fase, teve por objetivo a implementação de um modelo de SCE que respondesse às necessidades dos enfermeiros.

A evidência empírica tem vindo a comprovar os benefícios pessoais da SCE nos enfermeiros (Hyrkäs et al., 2005; Koivu, Saarinen, & Hyrkäs, 2012), fundamentalmente no que se refere à função formativa da SCE - componente educacional, relacionada com o desenvolvimento de competências e habilidades, através da reflexão e pela análise do trabalho e da experiência do supervisado.

Também têm vindo a ser comprovados os benefícios inerentes à função restaurativa – componente de suporte que consiste em apoiar ações e respostas do supervisado com o objetivo de diminuir o *stresse* e manter emoções adequadas às situações, proporcionando apoio para a pessoa ultrapassar situações significativas, favorecer o bem-estar no trabalho, aumentar a motivação e diminuir o *burnout* (Butterworth, Bell, Jackson, & Pajnkihar, 2008; Driscoll, 2008; Cruz, 2012; Koivu et al., 2012).

A função normativa da SCE - componente de controlo de qualidade que tem por foco o desempenho de papéis do profissional e da organização, com vista a que estes se centrem no bem comum fundamental, a qualidade, sendo essencial no desenvolvimento de *standards* - é quase sempre mencionada no contexto da SCE e vários autores sugerem que os cuidados prestados aos clientes melhoram, como consequência da implementação da SCE (Paunonen, 1991; Timpson, 1996; Winstanley & White, 2003).

No entanto, continua-se a advogar que estes domínios estão ainda pouco estudados e que a evidência disponível que comprove estes alegados efeitos, inclusive o impacte da SCE

na melhoria da qualidade dos cuidados e resultados nos clientes, é pouco consistente (Nicklin, 1997; Winstanley & White, 2003; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Butterworth et al., 2008; Buus & Gonge, 2009; Proctor, 2010; Koivu et al., 2012). Inclusivamente, White e Winstanley (2009) argumentam que é difícil avaliar intervenções complexas implementadas em contextos naturais, também estes de alta complexidade.

Neste sentido, a presente investigação surge do reconhecimento desta necessidade identificada, com a finalidade de contribuir para a conceção de um programa de SCE que se mostre útil e adequado ao contexto dos CSP e se constitua como contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Os seus objetivos são:

- conhecer as representações dos enfermeiros sobre supervisão clínica em enfermagem;
- identificar as atividades de supervisão realizadas pelos participantes.

Entendemos que depois de delimitar a supervisão em uso faz-nos sentido evoluir no sentido de saber qual a SCE desejada, tendo por base os objetivos:

- identificar as atividades de supervisão desejadas pelos participantes;
- definir os elementos centrais para um programa de supervisão clínica em enfermagem em Centros de Saúde do Agrupamento de Alto Tâmega e Barroso;
- delimitar as estratégias e metodologias potencialmente adequadas à implementação do programa de supervisão clínica em enfermagem;
- identificar as principais estratégias e recursos necessários à monitorização do impacte do programa de supervisão clínica em enfermagem.

Sendo a investigação científica um caminho de produção de conhecimentos que permitem encontrar respostas para questões precisas, entendemos que é importante a produção de conhecimento que se constitua como contributo para a clarificação deste fenómeno, sendo este o propósito do desenvolvimento do presente estudo.

Tomando por base o pressuposto de que os métodos de investigação científica utilizados pelo investigador devem ser consonantes com os fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e com o objeto da investigação, face às características da investigação projetada, cujo propósito é a conceção de um programa de SCE que se mostre útil ao contexto da ação e se venha a constituir como um contributo para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde [ACeS] do alto Tâmega e Barroso, projetámos uma investigação assente no paradigma construtivista, sendo a metodologia qualitativa aquela que norteou a investigação.

Mais do que simplesmente observar e descrever o fenómeno da SCE, procurámos investigar a sua natureza complexa e processos que lhe estão subjacentes, fundamental para a significação, compreensão e interpretação desta problemática, através da compreensão e interpretação do ponto de vista dos participantes, no sentido da definição do programa de SCE (Guba & Lincoln, 1988). Neste sentido, o desenvolvimento deste estudo possibilitou-nos atingir tal desiderato, pois apesar de na última década o debate sobre a problemática da SCE, em Portugal, se revelar intenso, na realidade, o saber construído sobre a mesma ainda é incipiente, no sentido em que ainda se circunscreve muito ao contexto hospitalar, faltando experiências práticas de contacto com a realidade formal da SCE que ajudem a consolidar o saber neste âmbito. A natureza da investigação permitiu-nos uma análise aprofundada do fenómeno, perceber as conceções e perceções dos enfermeiros sobre a esta problemática, as práticas de supervisão em uso, as práticas de supervisão desejadas e os fatores que lhe estão relacionados. Nesta conjuntura, a investigação foi orientada pelos princípios da investigação-ação no que relevou para a interação com o contexto e os participantes.

Entendendo-se ser o mais congruente e adequado ao seu fundamento, não impeditiva da natureza construtivista do estudo, recorremos à abordagem quantitativa, no sentido da triangulação de dados enquanto estratégia que "*…reflete um esforço para assegurar uma compreensão em profundidade do fenómeno em questão"* (Denzin & Lincoln, 1994, p. 2), adotando-se o posicionamento daqueles que advogam as vantagens da existência de sinergias entre os múltiplos paradigmas, relevando para o nosso estudo que os métodos de investigação qualitativa e quantitativa, tal como os tipos de conhecimento que permitem construir, complementam-se, encerrando em si o potencial de produzir dados que nos auxiliam na compreensão da problemática.

No que aos métodos e técnicas de recolha de dados diz respeito, tal como sugerido por Fortin (2009), as nossas opções prenderam-se com o fenómeno em estudo, a informação que pretendemos recolher e os instrumentos disponíveis. Neste caso, tendo em vista as características, desenho da investigação e a informação pretendida, procedemos à recolha de informação de natureza qualitativa (comportamentos, representações, opiniões, interpretações) através de duas estratégias: entrevista semiestruturada dirigida aos participantes e notas de campo, resultantes das nossas observações e reflexões sobre o observado, no decurso da interação com o contexto e os participantes. Para a informação de natureza quantitativa (caracterização da população e das práticas organizacionais, relativas à SCE) foram aplicados questionários criados especificamente para este estudo. A este binómio estiveram inerentes diferentes preocupações da investigadora, não necessariamente exclusivas, *"…a de observar em profundidade as várias componentes de*

um problema e a de conhecer e medir comportamentos de uma população, em um ou mais domínios da vida social" (Ghiglione & Matalon, 2001, p. xi).

O trabalho de campo teve uma duração de 32 meses, de janeiro de 2011 a agosto de 2013, desenvolvendo-se em quatro fases: a primeira fase consistiu na preparação do acesso ao campo, na qual conhecemos o contexto onde se desenrolou a investigação, preparámos a entrada no terreno e definimos as estratégias de recolha e tratamento dos dados; a segunda fase consistiu na análise das práticas, onde, através da recolha e análise dos dados qualitativos e quantitativos, analisámos o tipo de atividades de supervisão realizadas no contexto, a supervisão desejada pelos participantes, percebemos as suas conceções e motivações em torno da problemática e definimos o "problema" e as oportunidades de desenvolvimento; a terceira comportou no planeamento da mudança, através da definição do programa de SCE útil ao contexto e aos participantes; a quarta fase consistiu na apresentação dos resultados.

A organização do relatório foi orientada pela estrutura das fases e etapas do processo de investigação e é constituído por duas partes e sete capítulos.

Na parte I abordamos a problemática em estudo e a metodologia.

No primeiro capítulo fazemos uma abordagem à problemática em estudo com uma breve a análise do estado da arte relativo à SCE, os desenvolvimentos, os conceitos e os modelos de SC. É ainda neste capítulo que apresentamos a justificação do estudo.

Na metodologia apresentamos a finalidade e objetivos do estudo, o paradigma da investigação, tipo e desenho do estudo, estratégias de colheita de dados, critérios de cientificidade e as considerações éticas.

Na parte II apresentamos os resultados da fase empírica da investigação.

No capítulo 3. expomos e analisamos os resultados inerentes às representações dos participantes sobre a SCE: a problematização em torno do conceito de SCE; as perceções sobre o processo de SCE; e a importância da SCE.

No capítulo 4. apresentamos e analisamos os resultados relativos às práticas de supervisão em uso: a informalidade da supervisão praticada; os âmbitos da SC praticada; a filosofia e a cultura organizacional de supervisão.

No capítulo 5. apresentamos e discutimos os resultados relativos à SCE proposta: a cultura; a filosofia; os objetivos; as estratégias; os estilos; os formatos; a monitorização e avaliação da SCE proposta; e os pormenores da operacionalização do processo de SCE.

No capítulo 6. expomos o programa de SCE que emergiu da investigação.

No capítulo 7. apresentamos as conclusões do estudo e as suas implicações para a prática.

No capítulo 8. Apresentamos a lista de bibliografia consultada.

Parte I

Problemática em estudo
E
Metodologia

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Os desenvolvimentos a que temos assistido em todos os domínios da atividade humana têm-nos colocado perante novos e incontornáveis desafios. Um destes desafios situa-se, sem dúvida, a nível da competitividade, a qual tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos. Estes desenvolvimentos também se têm feito sentir, de forma inequívoca, na área da saúde, exigindo das organizações e dos profissionais a melhoria do desempenho e otimização dos recursos, por via do investimento na sua formação e treino, preparando-os para fazer face às mais recentes exigências.

A prestação de cuidados de saúde constitui, nas sociedades modernas, um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação, por razões de natureza social, demográfica e política (Canário, 1997), ao que acrescentamos as razões de natureza económica e tecnológica, que se têm transformado significativamente nestas primeiras década do séc. XXI. Neste contexto, se por um lado é exigido aos profissionais de saúde constante atualização científica e tecnológica, por outro, estes referem crescentes dificuldades laborais, inerentes às políticas de saúde, as quais têm dado origem a crescentes constrangimentos a nível de recursos, criando dificuldades acrescidas para lidar com as situações de saúde do mundo atual, fundamentalmente nas sociedades mais desenvolvidas.

Hoje, também os problemas de saúde assumem novos contornos, principalmente nas sociedades ocidentais e ocidentalizadas, fruto dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, conducentes ao aumento da esperança média de vida que se tem vindo a traduzir em profundas alterações sociais e demográficas, sendo a população envelhecida uma “face” destes desenvolvimentos.

O envelhecimento populacional e as alterações dos estilos de vida, caraterísticos das sociedades modernas, têm conduzido a maiores e mais complexas necessidades de cuidados de saúde, pois a emergência de um significativo número de novas doenças, cujo denominador comum é a cronicidade, tem-se refletido profundamente na saúde da população, criando novas necessidades, conducentes ao consumo de muitos recursos e exigindo cada vez mais formação por parte dos profissionais.

Nesta conjetura, os profissionais ficam expostos a situações cada vez mais delicadas, pois estão conscientes de que estão perante uma sociedade cada vez mais informada e exigente em termos dos seus direitos relativamente à qualidade dos cuidados disponibilizados, mas, por outro lado, têm que lidar com grandes constrangimentos próprios das políticas de saúde atuais, o que os obriga a um grande desgaste emocional.

A confluência de todos estes desenvolvimentos tem conduzido à emergência da formação como um instrumento fundamental no sentido de fazer face às constantes transformações, mas também, de produzir mudanças deliberadas (Canário, 1997). Estas transformações tomaram proporções tão evidentes que se tornou incontornável a necessidade de criar estratégias e instrumentos que permitam aos profissionais trabalhar com qualidade, em contextos cada vez mais exigentes e em permanente mutação. Neste sentido, as políticas de saúde, principalmente a nível dos países mais desenvolvidos, têm procurado ir ao encontro de algumas soluções estratégicas que contribuam para ultrapassar as dificuldades associadas à conjuntura atual, no sentido de assegurar a qualidade dos cuidados prestados à população.

No que remonta especificamente aos cuidados de enfermagem, desde o início dos anos 90 do séc. XX, as organizações de saúde, de grande parte dos países anglo saxónicos, têm demonstrado a sua preocupação em assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem, usando como estratégia a implementação de políticas de SC.

Por exemplo, nos Países Baixos, as leis exigiam que os prestadores de serviços de saúde demonstrassem a qualidade das suas práticas; na Suécia, era exigido que os fornecedores de cuidados de saúde empregassem métodos de gestão da qualidade (Mäkela, 1992 cit por Hirkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001). No Reino Unido e na Finlândia foram aplicadas estruturas mais flexíveis. No Reino Unido a "gestão clínica" foi estabelecida como estrutura para assegurar os processos de monitorização da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em vigor nas organizações (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001) e a SC foi descrita como um meio crucial, se não o principal, para a melhoria dos padrões clínicos e da qualidade dos cuidados (Butterworth & Faugier, 1992). Na Finlândia o estado renunciou a orientar a qualidade dos serviços de saúde por meio de legislação ou afetação dos recursos, no entanto, introduziu uma política de qualidade oficial, definida como abordagem "*bottom-to-top*"[1], para enfatizar a sua unidade, tendo por base a própria organização (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001). Outros países foram-se confrontando com desafios muito semelhantes em termos de melhoria da qualidade, como por exemplo a Austrália onde existem diretrizes governamentais no sentido da recomendação para que os

[1] *Bottom-to-top* - De baixo para cima

enfermeiros tenham acesso a SC formal e informal (White & Winstanley, 2006; White & Winstanley, 2014).

1.1. SUPERVISÃO CLÍNICA: DESENVOLVIMENTOS E CONCEITOS

O termo "supervisão[2]" (de super+visão), segundo o dicionário Porto Editora (versão *online*) (Porto Editora, 2015) é o "*ato ou efeito de supervisionar, coordenar ou inspecionar*", é também considerada a "*função do supervisor*", ou seja, "supervisor[3]" (de super+visor), é um termo que traduz "*que ou o que tem como função coordenar, inspecionando ou controlando, uma dada atividade ou um grupo de pessoas na execução de um projeto*" (Porto Editora, 2015). Relativamente ao exercício da função de supervisor, este nomeia-se pelo verbo transitivo "supervisionar". No que releva para a pessoa que é sujeita a supervisão, encontramos na literatura diferentes termos para nos referirmos à mesma, tais como supervisando, supervisionado, supervisado, no entanto, no decurso do nosso estudo adotámos o termo supervisado.

A supervisão é um processo que está por natureza associado ao crescimento e desenvolvimento humano. No decurso do seu normal processo de crescimento e desenvolvimento, o indivíduo vivencia múltiplos ciclos de supervisão, desde a conceção e nascimento, em que é completamente dependente da supervisão de outros, progredindo num processo de autonomização tal que a determinado tempo passa a ser supervisor, não só para com os seus descendentes, mas também, a determinada altura, para com os seus ascendentes, evoluindo muitas vezes para novo ciclo em que vem a necessitar de supervisão dos que já supervisionou, por perda das suas capacidades, competências e autonomia outrora adquirida.

É evidente que no decurso deste ciclo "*major*", inerente ao processo de crescimento e desenvolvimento humano, outros ciclos de supervisão "*minor*" se desenham, inerentes aos processos de vida e transições que se vão experienciando, face também aos diferentes papéis que se vão assumindo ao longo da vida. No caso concreto da temática em estudo, a SCE, os ciclos de supervisão que o indivíduo experiencia estão intimamente associados ao papel que desempenha no decurso da sua vida profissional.

A supervisão é uma atividade inerente a todas as áreas da atividade humana. No que à enfermagem diz respeito, os processos de acompanhamento e de supervisão das práticas

[2] Supervisão – 1. Ato ou efeito de supervisionar, coordenar ou inspecionar; 2. Função de supervisor (Porto Editora, 2003-2015)

[3] Supervisor - Que ou o que tem como função coordenar, inspecionando ou controlando, uma dada atividade ou um grupo de pessoas na execução de um projeto (Porto Editora, 2003-2015)

clínicas, hoje colocados no centro do debate sobre a formação e desenvolvimento profissional, não são processos recentes, nem tão pouco inovadores, podendo afirmar-se que acompanharam os diversos percursos de formação e de profissionalização na área da saúde, assumindo, no entanto, na atualidade novos contornos. Neste sentido, hoje, face aos múltiplos desafios que se colocam na área da saúde, procuram-se estratégias inovadoras capazes de responder de forma adequada a estes desafios, principalmente ao desafio da qualidade.

Foi também nesta conjuntura que nas últimas duas décadas temos vindo a assistir a um significativo desenvolvimento da SC, como um dos métodos de apoio ao desenvolvimento profissional, em diferentes áreas profissionais, assumindo uma particular notoriedade na área da saúde, a nível da psicoterapia, trabalho social e, mais recentemente na enfermagem (White & Winstanley, 2014).

Embora na área da enfermagem a SC seja considerada uma estratégia inovadora, anuímos as opiniões de Abreu (2002) e White e Winstanley (2014), quando conferem a Florence Nightingale a projeção das bases da SCE, inclusivamente na obra "Notas Sobre Enfermagem" (Nightingale, 2005), identificamos algumas dessas bases. Também White e Winstanley (2006; 2014) referem que o facto de enfermeiros mais experientes fornecerem orientação aos enfermeiros menos experientes no decurso da sua prática clínica, tem sido aceite, desde os tempos de Florence Nightingale. Considera-se, ainda, que a introdução mais consistente e sustentada da SC na prática de enfermagem, deve ser atribuída a Hidelgard Peplau, entre 1952 e 1964, na área da saúde mental e psiquiatria (Abreu, 2002).

Contrariamente ao que aconteceu nos EUA, onde a SCE se desenvolveu rapidamente, em função da também rápida evolução académica e estatutária da profissão e do próprio sistema de cuidados de saúde, na Europa, a evolução da SCE tem sido um processo mais moroso, que se desenrola a ritmos diferentes nos diversos países. No Reino Unido, a SC desenvolveu-se a partir dos anos oitenta do séc. XX, expandindo-se mais nas práticas de trabalho social e na psicoterapia. No entanto, na altura, parecia haver ainda uma grande confusão sobre a temática: o que o próprio termo "supervisão clínica" significava, bem como a sua aplicação prática (Pires, 2004; White & Winstanley, 2006; Abreu, 2007).

Desde a década de noventa do séc. XX o debate sobre a SCE tem vindo a ganhar consistência entre os teóricos e profissionais de enfermagem nos EUA, Canadá, Europa, Austrália e Nova Zelândia. Nos EUA, o debate sobre a temática centrou-se inicialmente sobre as questões concetuais (Hawkins & Shohet, 1996), enquanto no Reino Unido, as pesquisas davam maior ênfase à prática e à formação – a questões de ordem operacional (Van Ooijen, 2000), na Austrália e Nova Zelândia os desenvolvimentos têm sofrido

ascendência das políticas desenvolvidas no Reino Unido, o que nos parece estar relacionado com alguma "afinidade intelectual" entre alguns investigadores destes países, que têm partilhado os contextos e experiências de pesquisa.

No Reino Unido, e por difusão progressiva em toda a Europa, Austrália e Nova Zelândia, o debate tem conduzido a uma consciência crescente do valor da SC em enfermagem, argumentando-se cada vez mais a sua operacionalização e adoção. A investigação produzida nesta área tem enfatizado a necessidade de normalizar conceitos e contextualizar as opções operacionais, uma vez que cada país e cada organização são realidades socioculturais distintas (Van Ooijen, 2000).

Na sequência do aprofundamento do debate sobre SC, também a partir da década de noventa do séc. XX, começaram a emergir muitas definições de supervisão, importando refletirmos um pouco sobre o assunto, na tentativa de esclarecer alguns termos usados no debate desta temática, os quais, com frequência criam alguma confusão concetual, que se pode traduzir em problemas nos contextos da ação.

Concordamos com a ideia de Abreu (2007) quando refere que, na área da saúde, o termo "supervisão" tem sido considerado, por vezes, vago ou demasiado abrangente, podendo reportar-se a situações completamente distintas, tendo-se, por exemplo, a supervisão de gestão (*managerial supervision*), os processos de supervisão/orientação das práticas de psicoterapia, a SCE (supervisão de pares) e ainda, e não menos complexa, a confusão com os termos *preceptorship* e *mentorship*. Segundo Hyrkäs, Koivula, Lehti e Paunonen-Ilmonen (1999), a SC, em função dos contextos em que se pratica, pode ser entendida como um método de trabalho de consultoria e orientação, em contexto de gestão, liderança e terapia, englobando as funções de *mentorship* e *preceptorship*.

Apesar das inúmeras definições, na generalidade, os autores consideram que a SC se foca no desenvolvimento da prática clínica através da reflexão, orientação e suporte profissional (Mills, Francis, & Bonner, 2005). Na Europa, a SC está amplamente definida, em função da evidência já produzida (Cutcliffe & Lowe, 2005). Nos EUA encontra-se mais estritamente definida, visto que se refere a um relacionamento entre um superior e o supervisado, não sendo uma relação de igualdade, nem necessariamente um indicativo de relacionamento entre pares ou colegas, mas sim, de responsabilidade sobre a *performance* do supervisado (Cutcliffe & Lowe, 2005).

A SCE tem vindo a ser definida na literatura como um método de desenvolvimento pessoal, que é baseado num processo formal de apoio profissional e da aprendizagem, envolvendo procedimentos específicos. Permite que os profissionais desenvolvam conhecimentos e competências na reflexão sobre práticas e aprendam com a experiência. Numa perspetiva

mais vasta, a SCE destina-se a identificar soluções para diferentes tipos de problemas na prática de enfermagem, melhorar a prática e aumentar a compreensão de questões profissionais (Hyrkäs, 2006; Koivu et al., 2012; White & Winstanley, 2014).

O Departamento da Saúde do Reino Unido, no documento "Uma Visão para o Futuro", apresenta uma definição de SC, que é uma das mais referidas e transversalmente aceite na área da saúde, considerando-a como um processo formal de apoio profissional e aprendizagem que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, e assumirem as responsabilidades pelo próprio desempenho profissional, assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes (Department of Health, 1993). Para Holloway (1995), consiste num processo em que o supervisor transmite conhecimento, experiência e valores e, simultaneamente, dá apoio profissional atendendo às necessidades emocionais do supervisado. Por sua vez, Potter (2004) entende a SC como a participação regular na reflexão orientada/guiada para providenciar suporte/apoio profissional e incrementar o desenvolvimento. Numa análise geral, parece claro que a SCE está direcionada para os processos de supervisão de pares, enredando-se com os processos de certificação, de promoção da qualidade, segurança dos cuidados e formação em enfermagem.

M*entorship* está mais direcionado para o desenvolvimento de áreas como a carreira profissional, objetivos académicos e desenvolvimento profissional e *preceptorship* centra-se na aquisição de competências clínicas e socialização profissional (Mills et al., 2005). Estes conceitos - *mentorship* e *preceptorship* - estão focalizados na orientação de estudantes de enfermagem e enfermeiros recém-licenciados, respetivamente, existindo, contudo, uma falta de consenso quando à origem e às funções de cada um, o que faz com que, por vezes, se usem estes conceitos como sinónimos (Myall, Levett-Jones, & Lathlean, 2008). Estes conceitos variam em função da realidade cultural, sua definição e compreensão, nos diferentes contextos (Pires, 2004; Abreu, 2007; Lennox, Skinner, & Foureur, 2008; Silva, Pires, & Vilela, 2011).

Embora possamos encontrar muitas definições de SC, concordamos com Bond e Holand (1998) quando referem que não há nenhuma que se apresente de tal modo explícita de forma a ser claramente melhor do que as outras. No entanto, posicionamo-nos particularmente na perspetiva do Departamento da Saúde do Reino Unido, no sentido em que tem um olhar sobre a SCE com o qual nos identificamos, pois entende-se que o processo é dirigido aos profissionais, no sentido de apoiar o seu desenvolvimento, conhecimentos, aprendizagem, e desenvolvimento de competências, mas também no

sentido de estes assumirem as responsabilidades do desempenho e, principalmente, assegurarem a qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes.

Normalmente as diferenças entre as definições apresentadas refletem aspetos da área de trabalho dos autores, os quais enfatizam ideias diferentes. Não obstante, analisando a evolução do conceito, verifica-se que a tónica da SC se centra na segurança dos cuidados, logo dos utentes, na valorização da qualidade das práticas, as variáveis emocionais e o percurso de formação, ou seja, identificam-se um conjunto de aspetos centrais:

- desenvolvimento pessoal e profissional;
- desenvolvimento de conhecimentos e competências;
- sustentação profissional;
- apoio emocional;
- análise reflexiva;
- práticas reflexivas;
- segurança e qualidade dos cuidados;
- relacionamento supervisivo.

Segundo Abreu (2002), Brocklehurst, em 1994, também identificou um conjunto de aspetos que são comuns aos diversos conceitos:

- a relação é uma dimensão central no processo de supervisão;
- a SC está subordinada a um conjunto de definições e propósitos (assegurar práticas de qualidade, desenvolver competências, motivar, encorajar e dar suporte à equipa);
- o processo de supervisão implica a existência de uma estrutura e de procedimentos específicos: início do processo, experimentação e autonomização e distanciamento crítico;
- o processo de supervisão só será bem-sucedido se houver um forte empenhamento dos atores.

A SC implica uma estrutura e um processo que devem revestir-se dos princípios da prática reflexiva que, por sua vez, irão promover nos supervisados, capacidades crítico-reflexivas. A prática reflexiva é a pedra angular do desenvolvimento profissional contínuo, pois como refere Canário (1994, p. 27), "*…para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados*", contribuindo para o desenvolvimento de capacidades de autoavaliação e reforço da autoconfiança, permitindo uma melhor avaliação das práticas profissionais. Neste sentido, a SCE constitui um contributo para o desenvolvimento do pensamento crítico, capacidade de gerir situações e dilemas complexos, capacidade para

antecipar, reconhecer e responder de forma adequada a situações potencialmente problemáticas.

Regular horas de suporte para refletir sobre as práticas, apoiar a melhoria das mesmas identificar áreas de desenvolvimento, dirigir e incrementar a satisfação no trabalho, são algumas das vantagens da implementação de um sistema adequado de SC, referidas pelo Mental Health Trust do NHS (National Health Service, 2005).

1.2. SUPERVISÃO CLÍNICA: MODELOS

A SC consiste na elaboração de planos individualizados de aprendizagem e desenvolvimento para os supervisados. No entanto, é fundamental que estes sejam feitos com base numa matriz explicativa, que incorpore pressupostos filosóficos, um corpo organizado de conceitos ou ideias, com vista à orientação do pensamento, que proporcione a leitura de fenómenos e que se constitua como uma referência para a ação (Abreu, 2007). O "modelo" reveste-se de forma e conteúdo, constituindo o quadro concetual que enforma e informa o processo de supervisão. Os modelos permitem-nos estruturar e descrever "para onde vamos", "como vamos" e "o que podemos utilizar" no decurso da ação. Na SC, os modelos dirigem-se às finalidades e aos alvos da supervisão, o tipo de aproximação a ser adotada na relação interpessoal, no *feedback* e na continuação da sustentação (Cottrell, 2002). Os *Standards for Supervision* (1990) e o *Curriculum Guide for Counseling Supervision* (1991), referidos por Leddick (1994), identificam o conhecimento dos modelos como fundamento essencial para a prática ética.

Os modelos de SC devem considerar algumas dimensões essenciais, das quais Powell (1993) destacou:

- fundamentação filosófica – os pressupostos filosóficos que estão na base da SCE, das práticas de aconselhamento *"counselling"* e das práticas de supervisão de gestão são de natureza diferente;
- dimensão descritiva – característica específica do processo de supervisão;
- fatores contextuais – características do cliente, conselheiro/terapeuta e supervisor, e ainda outros aspetos que possam afetar o contexto de supervisão;
- estádio de desenvolvimento – nível de treino, conhecimento e competências do supervisor e conselheiro/terapeuta.

Na perspetiva do mesmo autor, o foco da supervisão é a mudança de comportamentos e a aquisição de competências. Ou seja, na supervisão em contexto profissional/formação a ênfase é centrada em ajudar a aprender como usar as capacidades e atributos. O autor

salienta ainda que os modelos de supervisão tendem a enfatizar, tanto as capacidades de desenvolvimento como as capacidades dinâmicas emocionais e interpessoais, a autodescoberta e o autoconhecimento do profissional. Até à década de 80 do séc. XX encontram-se apenas referências aos modelos baseados na psicoterapia, de desenvolvimento, de papéis sociais e ecléticos. A partir da década de 90 encontram-se já referências ao desenvolvimento e implementação de modelos de SCE.

A grande diversidade de modelos de SC levou alguns autores à sua classificação e agrupamento em categorias, que podemos observar na sistematização do quadro 1.

Quadro 1 - Sistematização das classificações dos modelos de supervisão clínica

Autores	Modelos
Butterworth e Faugier (1993) **Holloway (1995)**	Centrados no desenvolvimento Centrados nas experiências de relação da supervisão Centrados nos papéis sociais
Farrington (1995)	Centrados no cliente Multiculturais Interativos De suporte e desenvolvimento
Cutcliffe e Epling (1997)	De suporte e facilitadores/habilitadores Centrados no desenvolvimento Centrados no cliente Centrados no investimento no pessoal "*staff*"
Bernard e Goodyear (1998)	Baseados nas teorias de psicoterapia Centrados no desenvolvimento Centrados nos papéis sociais Modelos ecléticos e integrativos
Hyrkäs (2002)	Centrados no desenvolvimento Centrados nas funções da SC Centrados na relação supervisiva Centrados na relação com os clientes

Na generalidade, as diferentes classificações encontradas baseiam-se em pressupostos filosóficos e concetuais inerentes à SC, o que, de certo modo, é percetível na sistematização da análise feita por Garrido, Simões e Pires (2008) (quadro 1).

Nos parágrafos que se seguem, referimo-nos de forma abreviada, aos modelos que consideramos mais relevantes, no sentido da sua aplicação à enfermagem.

I. Modelos de desenvolvimento

Os modelos de desenvolvimento dominaram o pensamento e a pesquisa desde os anos 80 do séc. XX (Dixon, 2004). As conceções desenvolvimentalistas da supervisão tiveram a sua origem na psicologia de desenvolvimento, centrando-se na descrição, explicação e modificação dos comportamentos individuais (Holloway, 1995; Dixon, 2004). Estes

modelos enfatizam a função educacional da supervisão, defendendo que o supervisor transmite a estrutura e estilo de supervisão à pessoa em desenvolvimento como um "*counselor*[4]" (Holloway, 1995).

Concordamos com Van Ooijen (2000), quando refere que pode ser útil aos enfermeiros familiarizarem-se com os modelos de desenvolvimento, pois entendemos que se podem adequar à enfermagem, até porque, os enfermeiros variam nos seus níveis de desenvolvimento de competências. De certo modo identificamos nestes modelos alguns aspetos que podem entroncar com modelo de aquisição de perícia de Benner (2001).

II. Modelos centrados nas funções da SC/na prática

Estes modelos centram-se na segurança e qualidade dos serviços de saúde, por via do envolvimento pessoal, o qual aumenta a motivação e o compromisso em desenvolver as práticas.

Proctor (1986) propõe um modelo que conjuga três funções essenciais: a formativa, a normativa e a restaurativa. É um dos modelos mais conceituados no Reino Unido, no âmbito da enfermagem, exercendo grande influência e alcançado grande credibilidade. O seu uso é muito advogado para uma grande diversidade de contextos profissionais, tais como, saúde mental, saúde ocupacional e enfermagem médico-cirúrgica (Sloan & Watson, 2002).

- Função formativa/educativa - proporciona o desenvolvimento de habilidades, compreensão e reflexão, explorando as experiências de trabalho do supervisado com o utente.
- Função restaurativa/suportiva - provê ao supervisado o apoio que lhe permita lidar com as emoções face às situações com que se confronta.
- Função normativa/gestão - realça a importância profissional, a necessidade de competência e responsabilidade e os padrões organizacionais, ou seja, inclui a provisão do controlo da qualidade.

Nicklin (1997) propôs um modelo centrado na prática, baseado no modelo de Proctor, que integra também três componentes fundamentais da SCE. Este modelo é muito similar ao das três funções interativas de Proctor, sendo que Nicklin as denomina de educativa, de suporte e de gestão. Do modelo de Nicklin (1997) salientamos o ciclo de SC proposto pelo

[4] Counselor – Conselheiro

autor (fig. 1), cuja similaridade com as fases do processo de enfermagem é indubitável, constituindo um instrumento inestimável no exercício da supervisão.

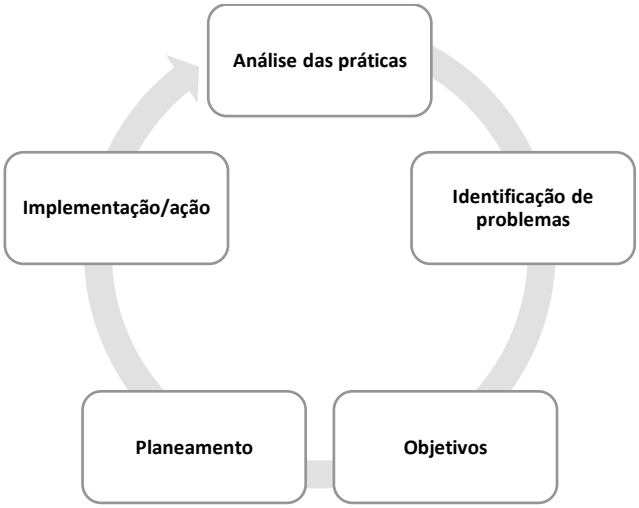


Figura 1 - Ciclo de supervisão clínica de Nicklin

A primeira fase consiste na apreciação das situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais). Na segunda clarificam-se as áreas problemáticas identificadas. Na terceira definem-se de objetivos da intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional. Na quarta planeia-se a intervenção, de acordo com os intervenientes. Na quinta implementam-se as ações planeadas. Na sexta, e última fase, avaliam-se os resultados e o processo de supervisão, procedendo-se às reformulações necessárias.

Ao analisar o processo de SC de Nicklin (1997), não podemos deixar de sublinhar a apreciação de Abreu (2002, p. 55), com a qual nos identificamos, considerando que este é "…*um modelo que, para além de possuir um enquadramento conceptual consistente, está profundamente direccionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para dimensões emocionais*".

Sob o nosso ponto de vista, qualquer dos modelos apresentados poderá servir de base concetual às políticas de SCE. Entendemos, porém, que no processo de implementação de um programa de SCE, é importante que a organização disponha das condições fundamentais para o fazer, partindo de um quadro conceptual que faça sentido, e sirva, à cultura organizacional e aos implicados, bem como perspetivar o domínio da mobilização dos recursos e das competências relativas à implementação do processo.

Porém, não podemos deixar de referir que ao longo dos anos de trabalho que temos dedicado ao estudo da SCE, verificamos da relevância que, de um modo geral, é atribuída aos modelos de Proctor (1986) e Nicklin (1997), verificando-se que muitas das políticas de SCE encontram nestes as suas bases concetuais, e, inclusivamente, muita da investigação que tem vindo a ser produzida, em diferentes áreas profissionais, procura conhecer o impacte da SC a nível das funções da SC (formativa/educativa, restaurativa/de suporte, normativa/gestão).

É por compreendermos e partilharmos da importância destes modelos, quer pela sua consistência conceptual, quer por serem direcionados para a prática clínica na globalidade, e não apenas para dimensões emocionais, que nos propusemos desenvolver investigação que também produzisse contributos específicos no domínio da função normativa.

1.3. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Apesar da difusão da SC por diferentes continentes, a sua implementação não tem sido uma questão consensual, nem pacífica, principalmente quando estamos perante políticas de contenção económica. Hyrkäs et al. (2001) referiram que a base da economia subjacente também se aplica aos serviços de saúde: recursos escassos em relação às múltiplas necessidades das pessoas e, aparentemente, infinitas necessidades e desejos. Face a isto, as autoras supracitadas referem que nem todas as medidas vantajosas para a saúde podem ser implementadas devido aos escassos recursos, devendo ser feitas escolhas e definidas prioridades. Entendem, ainda, que os métodos de avaliação económica ajudam a fazer o melhor uso possível dos recursos disponíveis num contexto de tomada de decisão racional, quando se querem obter benefícios máximos.

A procura de eficiência nos cuidados de saúde é eticamente justificada, pois estes, sendo eficientemente organizados, podem produzir mais saúde do que os cuidados de saúde ineficazes (Jefferson et al., 1996 & Sintonen et al., 1997, cit por Hyrkas et al., 2001).

Apesar do exemplo de alguns países Europeus em que a implementação da SCE se mostra consistente, de que é um bom exemplo o Reino Unido, e com bons resultados na investigação produzida, até porque são os respetivos sistemas de saúde que determinam políticas que têm como pressuposto a implementação de processos de SCE, em países como a Austrália e Nova Zelândia, apesar das políticas favoráveis por parte dos sistemas de saúde e dos esforços desenvolvidos nos espaços de ação, White e Winstanley (2006) consideravam que a SCE continuava pouco desenvolvida.

Um dos fatores que tem sido apontado como preponderante na adoção de políticas de SC consiste na determinação dos benefícios da mesma. Segundo Hyrkäs et al. (2001), diversos autores (Berg et al., 1994; Pälsson et al., 1996; Elmcrona & Winroth, 1997) consideram que os efeitos da SC têm sido essencialmente estimados a partir das perspetivas individuais, principalmente no que diz respeito ao apoio adquirido, associado ao trabalho, atitudes e *stress*. Os seus benefícios têm sido avaliados "indiretamente" do ponto de vista da perspetiva individual, em que, maior satisfação no trabalho, melhores atitudes relacionadas com o trabalho e menos stresse, têm sido considerados benefícios da SC (Berg, Welander Hansson, & Hallberg, 1994; Palsson, Hallberg, Norberg, & Isovaara, 1994; Bégat, Berggren, Ellefsen, & Severinsson, 2003; Hyrkäs, Lehti, & Paunonen-Ilmonen, 2001; Butterworth et al., 2008; Driscoll, 2008; Koivu et al., 2012).

Num dos maiores estudos de avaliação da SC realizados, com 586 entrevistados em 23 centros localizados na Inglaterra e na Escócia, Butterworth et al. (1997) verificaram uma resposta extremamente positiva dos enfermeiros relativamente à SCE, referenciando positivamente a oportunidade estruturada para falar de forma significativa e refletir conjuntamente com um colega de confiança sobre as suas práticas (White & Winstanley, 2006).

Em 1999, Hyrkäs e colaboradores referiam que o benefício da supervisão de pares em termos monetários é problemático e incerto, porque as alterações que têm lugar durante a supervisão são em grande medida qualitativas, por exemplo, aprendizagem, crescimento e desenvolvimento individual. Neste sentido, Hyrkäs et al. (2001) realizaram um estudo sobre a análise custo-benefício SCE, no sentido de saberem se esta era economicamente aceitável ou eficiente, se produzia mais ou menos "ganhos" comparativamente ao que se investiu no processo. Além da racionalidade económica, advoga-se que outros fundamentos não económicos devem ser apresentados, tais como a melhoria da qualidade dos serviços (Dooher, Fowler, Phillips, & Wells, 1998).

Face à produção do discurso, verifica-se que a evidência científica aponta para os efeitos positivos da SCE nos enfermeiros, inclusivamente em enfermeiros gestores (Hallberg & Norberg, 1993; Butterworth et al., 1997; Hyrkäs et al., 2003; Hyrkäs et al., 2005), principalmente na sua formação e desenvolvimento pessoal e profissional - *função formativa da SCE* - componente educacional, relacionada com o desenvolvimento de competências e habilidades, através da reflexão e pela análise do trabalho e da experiência do supervisado.

Também identificaram efeitos positivos da SCE nos enfermeiros, no apoio das suas ações e respostas com o objetivo de diminuir o *stresse* e identificar estratégias de *coping*, que

permitam manter emoções adequadas às situações complexas da prática, proporcionando apoio para a pessoa ultrapassar situações significativas - *função restaurativa da SCE* – componente de suporte (Berg et al., 1994; Palsson et al., 1994; Bégat et al., 2003; Hyrkäs et al., 2001; Butterworth et al., 2008; Driscoll, 2008; Koivu et al., 2012).

No estudo desenvolvido por Hyrkäs et al. (2002), centrado na supervisão de uma equipa multiprofissional, realizado num hospital universitário na Finlândia, os autores verificaram que os fatores que influenciaram a supervisão da equipe foram o desenvolvimento do conhecimento da supervisão e da confiança nos supervisores, o empenho e motivação, a interação e as relações de colaboração e as modalidades da supervisão de equipa. Concluíram, ainda, que os efeitos positivos da supervisão de equipa, identificados pelos supervisores, foram: a influência na interação e as relações humanas no trabalho, reforço da identidade profissional e o desenvolvimento da prática multiprofissional.

Num estudo que realizámos no âmbito do acompanhamento das práticas clínicas dos enfermeiros, os participantes percecionaram que a supervisão contribui realmente para o suporte do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, mas também para o desenvolvimento de conhecimento e competências. No entanto, embora acreditassem que "*…enfermeiros melhores prestam melhores cuidados…*", desconheciam-se indicadores que permitissem afirmar que, efetivamente, a SCE podia contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados ou do exercício profissional dos enfermeiros (Pires, 2004).

Também em estudos realizados em hospitais Finlandeses por Hyrkäs e colaboradores (2003; 2005), com enfermeiros gestores, no âmbito da supervisão de pares, permitiram concluir que a supervisão de pares beneficia os enfermeiros na gestão da qualidade através da reflexão e do apoio. As características reflexivas e de suporte da supervisão de pares promoveu o desenvolvimento individual dos enfermeiros gestores, mas também a sua capacidade de liderança, tendo-se concluído que promove a gestão da qualidade nos gestores de enfermagem (Hyrkäs et al., 2003).

Os resultados de um estudo de Hyrkäs e colaboradores (2005), mostraram que a SCE tem efeitos positivos a longo prazo na capacidade de liderança dos gestores de enfermagem, nas suas habilidades de comunicação, na sua vontade para o autodesenvolvimento, autoconhecimento e nas suas capacidades de autoavaliação, o que permite adquirir uma perspetiva mais ampla sobre o trabalho e promover a utilização da SC como uma medida de apoio entre colegas de trabalho. Concluíram, ainda, que a SCE é uma forma de ajudar os gestores a lidar com processos de mudança e incerteza inerentes à sua atividade (Hyrkäs et al., 2005).

No que diz respeito à função normativa da SCE - componente de controlo de qualidade centrada no desempenho de papéis do profissional e da organização, com vista à qualidade dos cuidados de saúde – esta é quase sempre mencionada no contexto da SCE (Butterworth & Faugier, 1993; Bishop, 1998; Butterworth, 1998; Timpson, 1996; Winstanley & White, 2003), sendo vários os autores que têm vindo a sugerir que os cuidados prestados aos clientes melhoram como consequência da sua implementação (Paunonen, 1991; Timpson, 1996; Winstanley & White, 2003).

No entanto, continua-se a advogar que estes domínios têm sido pouco estudados, sendo pouca a investigação que evidencie o impacte da SCE na melhoria da qualidade dos cuidados e resultados nos clientes (Nicklin, 1997; Winstanley & White, 2003; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Butterworth et al., 2008; Buus & Gonge, 2009; Proctor, 2010; Koivu et al., 2012). Neste âmbito, White e Winstanley (2009) alegam que é difícil avaliar intervenções complexas implementadas em contextos naturais, também estes de alta complexidade, como é o caso do contexto da saúde. Nesta conjuntura, levanta-se então a questão sobre como "medir a qualidade dos cuidados" e respetivo impacte da SCE nos mesmos.

Face ao exposto, entendemos que o nosso estudo se justifica até porque no nosso país se estão a processar os primeiros progressos na implementação da SCE, através de algumas iniciativas, em contexto hospitalar, no sentido da implementação de políticas de SCE, por exemplo, o projeto SAFECARE[5].

Também no que diz respeito aos CSP, da pesquisa efetuada, e do conhecimento que temos do desenvolvimento da problemática, não encontrámos em Portugal nenhuma referência a programas de supervisão em desenvolvimento ou em vigência nestes contextos de prestação de cuidados.

No que ao panorama internacional diz respeito, os desenvolvimentos a este nível também se verificam escassos. Além de não encontrarmos descrito nenhum modelo de SCE especificamente direcionado para os CSP, também no que respeita às políticas de SC estas estão maioritariamente direcionadas para o contexto hospitalar, ainda que, principalmente no Reino Unido, se encontrem disponíveis algumas *guidelines* e políticas de SC direcionadas para os CSP.

Grande parte destas políticas tem por finalidade garantir serviços e cuidados de alta qualidade aos clientes, através do desenvolvimento de habilidades pessoais e

[5] Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

profissionais, do conhecimento e das competências, logo, do desempenho dos profissionais, o que traz benefícios para a organização (DoH, 2000; Freeman, 2006; Waskett, 2009; Henderson, 2014; Hull, 2016).

Desde já, faz-nos sentido analisar algumas diferenças na implementação da SCE nos contextos hospitalar e CSP. Apesar de não termos fundamento científico para este juízo, entendemos que não existem necessariamente diferenças concetuais na SCE a implementar em cada um destes contextos. Inclusivamente, a maior parte dos modelos (de desenvolvimento, Proctor, Nicklin, entre outros) podem sustentar a SCE nestes diferentes contextos.

Entendemos que as principais diferenças que relevam para a implementação da SC identificam-se a nível da operacionalização das políticas e das estratégias de supervisão, em função das diferenças entre a estrutura física e organizacional destes dois contextos, bem como da organização/prestação dos cuidados.

O espaço físico do contexto hospitalar é mais facilitador da implementação da SC quer pela acessibilidade aos órgãos de gestão e restantes serviços, que, geralmente, se concentram, no mesmo espaço físico, quer pela organização do trabalho e prestação de cuidados, que também beneficia da maior proximidade entre profissionais, e destes com os clientes, o que é facilitador do exercício da supervisão.

Nos CSP as unidades de prestação de cuidados estão dispersas por diferentes locais, nem sempre próximas umas das outras, o que pode dificultar, desde logo, a operacionalização da SC. O espaço físico e a organização do trabalho são diferentes, pois grande parte dos profissionais, dentro de cada unidade de cuidados, trabalham em gabinetes individuais, havendo menos interação entre eles, o que dificulta o exercício da supervisão.

A evidência científica tem vindo a demonstrar algumas dificuldades na implementação/adesão aos processos de SC, bem como nas estratégias a utilizar, em contexto dos CSP, principalmente em comunidades rurais e mais remotas.

A Austrália é exemplo do incremento da adoção de políticas de SC na área da saúde, pelo New South Wales Government [NSW], no entanto, nas comunidades rurais e remotas, a disponibilização de SC enfrenta as barreiras inerentes ao isolamento (Wagner, Keane, McLeod, & Bishop, 2008).

Lee e Mackenzie (2003) apuraram o acesso limitado à SC e à orientação por profissionais mais experientes nas regiões rurais de NSW.

Battye e McTaggart (2003) sugeriram estratégias de supervisão à distância para a operacionalização do modelo de "*mentoring* clínico e profissional" numa organização de

CSP do norte/oeste de Queensland, onde os principais fatores de impacto no recrutamento e retenção de profissionais foram o isolamento profissional e a falta de suporte clínico.

Johnson (1995, cit. por Winstanley & White, 2003) identificou diferenças relativamente à forma e duração das sessões SC. Em contexto hospitalar são mais frequentemente adotadas as sessões individuais, efetuadas no máximo de três em três meses, com duração inferior a uma hora, realizadas no próprio hospital. Nos CSP, as sessões em grupo são mais utilizadas, e consideradas mais eficientes, julgando-se benéfico se ocorrerem mensalmente, com uma duração superior a uma hora (Winstanley & White, 2003). Também o estudo de Rocha (2013) aponta para resultados idênticos no que respeita à forma das sessões de SC.

Entendemos que a justificação para o nosso estudo ancora no exposto, sendo que, neste sentido, parece-nos fundamental refletir e integrar experiências dos nossos pares, a nível internacional, salvaguardando a devida adequação cultural. No entanto, também nos parece indispensável, principalmente pela conjuntura socioeconómica que atravessamos, que as organizações de saúde, grandes consumidoras de recursos, antes de partirem para a implementação de projetos desta natureza "ponderem" as experiências dos outros, mas que partam com base em resultados empíricos contextualizados, sobre a eficácia da SCE no exercício profissional e sobre a relação custo/eficácia, sob pena de projetos de implementação de SCE serem rejeitados à partida, ou de não terem o apoio necessário por parte das organizações. Para que a SCE se desenrole de forma adequada e consistente, é fundamental o suporte de toda a estrutura organizacional, pois o sucesso da supervisão está profundamente dependente da estrutura organizacional.

A este respeito, o modo de desenvolvimento da SCE é uma opção organizacional, no entanto, deve haver segurança nas opções e decisões a tomar; estas devem ser contextualizadas, bem informadas e enformadas, e isto só é possível com base em evidências sólidas da relação entre SCE, melhores cuidados de enfermagem e resultados nos clientes.

Sob o nosso ponto de vista, até pelo trabalho e investigação que temos desenvolvido nesta área, entendemos que, tal como refere Canário (1994, p. 26) "*…a optimização do potencial formativo das situações de trabalho em termos de formação passa, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir do processo formativo*". Acreditamos que a implementação de sistemas de SCE em ambientes seguros e sustentados, permitem o desenvolvimento do conhecimento e

competências dos enfermeiros, promovendo a sua criatividade individual e conduzindo ao aumento do envolvimento nos cuidados.

Entendemos, ainda, que a SCE permite que os enfermeiros se responsabilizem por continuar a sua formação e o seu desenvolvimento profissional, bem como, promover a cultura da reflexão, aprendizagem, suporte e prática clínica de excelência, o que é comprovado por Canário (2000), referindo que alguns estudos permitiram concluir a importância das aprendizagens realizadas entre os pares, em contexto de trabalho, aludindo à importância de modelos de formação centrados no sujeito, levando-o a integrar vivências existenciais, apropriando-se de influências externas que são exercidas sobre si e que serão reflexo do seu percurso experiencial (Ramos, 2003).

Em síntese, na nossa opinião, justifica-se este tipo de estudo porque entendemos ser importante:

- ampliar o conhecimento disponível no âmbito da SC;
- contribuir para o desenvolvimento e difusão da SC, em particular no contexto dos CSP;
- contribuir para o desenvolvimento e difusão das políticas de SC em CSP; ambiente onde a larga maioria dos enfermeiros exerce;
- identificar e delimitar as estratégias e metodologias mais apropriadas à operacionalização da SCE em CSP;
- elencar as estratégias e os recursos necessários à monitorização do impacte da SCE na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, principalmente no que diz respeito à função normativa;
- contribuir para a definição de um painel de indicadores que permitam apurar dos potenciais benefícios da SCE na qualidade dos cuidados.

2. METODOLOGIA

A produção do saber resultante desta investigação radica no método científico, pelo que, neste capítulo, descrevemos as nossas opções metodológicas, enquanto conjunto de atividades sistemáticas e racionais que nos permitiram alcançar o objetivo de construir conhecimento, traçando o caminho que considerámos mais apropriado face à temática, finalidade e objetivos da investigação.

As nossas opções metodológicas consubstanciam-se na perspetiva do modelo de compreensão da prática científica de De Bruyne e colaboradores, que tem por fundamento o postulado da existência de uma "unidade subjacente a uma multiplicidade de procedimentos científicos específicos", partindo de um metaponto de vista que ultrapassa o debate "qualitativo" *versus* "quantitativo (De Bruyne, Herman & De Schoutheete, 1975, cit. por Lessard-Hérbert, Goyette & Boutin, 1990, p. 15). Este modelo topológico, e não cronológico, permitiu-nos refletir o aspeto dinâmico da investigação, através da interatividade dos quatro polos metodológicos: epistemológico, morfológico, teórico e técnico; e até da sua simultaneidade, apropriada à exploração de fenómenos humanos e sociais.

2.1. FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

Ao tomar a SCE por objeto de estudo, entendemos que esta investigação poderá constituir-se como contributo para o avanço da qualidade dos cuidados. Optámos por um estudo no âmbito da supervisão de pares, que, visando o aumento do conhecimento da disciplina, a inovação, a segurança e qualidade das práticas, tem por finalidade contribuir para a conceção de um programa de SCE que se mostre útil e adequado ao contexto dos cuidados de saúde primários e se constitua como contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Vários os autores sugerem que os cuidados prestados aos clientes melhoram em consequência da implementação da SCE (Paunonen, 1991; Timpson, 1996; Winstanley & White, 2003), porém, continuamos a ter falta de evidência empírica sobre o impacte da SCE na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros de um modo mais abrangente,

e nos resultados nos clientes em particular, pois estes domínios têm sido pouco estudados, em particular nos CSP (Nicklin, 1997; Winstanley & White, 2003).

Para a determinação deste impacte é necessário, em primeira instância, a conceção e implementação de políticas de SCE, no sentido de poderem ser estudados estes fenómenos, nomeadamente na realidade portuguesa, onde não temos implementados programas formais de SCE. Neste sentido, consideramos fundamental começar pela criação e implementação de políticas desta natureza, no sentido de podermos perceber do seu impacte na melhoria da qualidade do exercício profissional e nos resultados nos clientes. Daqui resulta o propósito da presente investigação, a qual tem por objetivos:

- conhecer as representações dos enfermeiros sobre supervisão clínica em enfermagem;
- identificar as atividades de supervisão realizadas pelos participantes;
- identificar as atividades de supervisão desejadas pelos participantes;
- definir os elementos centrais para um programa de supervisão clínica em enfermagem em Centros de Saúde do Agrupamento de Alto Tâmega e Barroso;
- delimitar as estratégias e metodologias potencialmente adequadas à implementação do programa de supervisão clínica em enfermagem;
- identificar as principais estratégias e recursos necessários à monitorização do impacte do programa de supervisão clínica em enfermagem.

2.2. PARADIGMA DA INVESTIGAÇÃO

A concetualização do tema em estudo passa pela exploração de um fenómeno sobre o qual entendemos que ainda se sabe pouco no nosso país, até porque, o conhecimento produzido está ainda muito circunscrito a iniciativas de natureza essencialmente académica, cuja investigação se tem desenrolado principalmente em contexto hospitalar, sem que, no entanto, existam políticas de SCE formalmente implementadas, a não ser como propósito dos estudos localmente desenvolvidos.

Identificada a necessidade de construção de conhecimento sobre programas de SCE adequados, nomeadamente, à realidade dos cuidados de saúde primários, projetámos a presente investigação, que âncora no paradigma construtivista, numa perspetiva de construção do conhecimento resultado da interação entre investigador e participantes.

A nossa opção pela abordagem construtivista teve por base, numa primeira instância, um posicionamento de entendimento da primazia da compreensão como princípio do conhecimento, o reconhecimento e análise de diferentes perspetivas, a reflexão do investigador sobre a investigação como parte da produção do saber, perceber a pesquisa como um ato de construção de teorias enquanto objetos de estudo de abordagens qualitativas.

Numa segunda instância, teve por base o facto de a realidade a ser estudada ser uma construção do entendimento do investigador e dos participantes, num determinado contexto. Logo, compreendemos que a construção do conhecimento acerca de um programa de SCE, tal como refere Pereira (2009, p. 77) *"… não podia ser um mero exercício de importação ou testagem de teorias já existentes, antes um trabalho de clarificação da construção coletiva que emerge num determinado contexto*", sob pena de não ser útil. Este processo deve desenrolar-se tendo por base conhecimento socialmente construído, tradutor das influências que *"…fatores históricos, sociais, políticos, profissionais e académicos…*" e culturais *"…exercem sobre as construções que os sujeitos fazem sobre a realidade*" (Pereira, 2009, p. 77) e não com base na realidade alheia, embora consideremos importante tomá-la por objeto da nossa reflexão.

2.3. TIPO DE ESTUDO

Face à natureza do problema em estudo, procurámos investigar a natureza complexa da SCE e processos que lhe estão subjacentes, descobrir as relações entre os elementos e componentes da mesma, fundamental para a significação, compreensão e interpretação desta problemática, através da compreensão e interpretação do ponto de vista dos participantes, no sentido da definição de um programa de SCE. Neste sentido, entendemos que o desenvolvimento de uma pesquisa de natureza qualitativa e cariz exploratório, nos possibilitaria atingirmos este desiderato, sendo vários os autores que apontam para a realização de estudos exploratórios, em circunstâncias idênticas (Guba & Lincoln, 1994; Flick, 2005; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

No que relevou para a interação com o contexto e participantes, adotámos os princípios da investigação-ação, até porque, tínhamos por finalidade contribuir para a mudança, por via da construção de soluções que funcionem à escala local, sendo determinante a participação das pessoas.

Perfilhando do que Pereira (2009) denomina de "discussões estéreis" em torno das melhores opções paradigmáticas para a disciplina, adotámos o posicionamento daqueles

que advogam as vantagens da existência de sinergias das múltiplas metodologias. Neste sentido, recorremos a estratégias de investigação qualitativa e quantitativa cuja complementaridade encerrou o potencial de produzir dados que nos auxiliaram na compreensão da problemática em estudo.

Face aos dados de natureza qualitativa produzidos, relativos às representações dos participantes sobre a SCE e às estratégias de supervisão em uso e desejadas, procurámos uma compreensão mais profunda deste fenómeno, através da sua triangulação com dados de natureza quantitativa, relativamente à frequência com que os participantes implementavam estratégias de SCE nas suas práticas, a frequência com que desejavam que estas fossem implementadas, a relevância que lhes atribuíam e a relevância que atribuíam aos indicadores das referidas estratégias.

Refutando qualquer inscrição de dualismo qualitativo/quantitativo, a nossa opção foi determinada pelo objeto do estudo e pelo princípio de abertura que toma por fundamento que métodos qualitativos e estratégias quantitativas não são abordagens mutuamente exclusivas, podendo ser complementares, nomeadamente, quando a investigação comporta a exploração da natureza do fenómeno, das várias formas como este se manifesta e os processos e fatores que lhe estão subjacentes (Bryman, 1984; Patton, 2002; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011). Em suma, a questão não consistiu em colocar a pesquisa qualitativa *versus* a pesquisa quantitativa, a questão radicou em implicações de natureza prática, empírica e técnica (Guba & Lincoln, 1994; Günther, 2006).

Entendemos que as abordagens de natureza qualitativa e quantitativa nos permitiram produzir dados que nos auxiliaram numa melhor compreensão da problemática em estudo, pois, através da incorporação criteriosa dos diferentes tipos de dados, os resultados foram enriquecidos pela complementaridade, no sentido em que também entendemos que "*a evolução do conhecimento raramente é linear e unidireccional*" (Polit et al., 2004, p. 210).

Em síntese, sob o ponto de vista do posicionamento filosófico e epistemológico posicionámo-nos numa perspetiva construtivista. Quanto ao trabalho de análise para gerar conhecimento, o paradigma é de natureza qualitativo/interpretativo, em busca de exemplaridades. Relativamente ao modo de estar no terreno e de conduzir a investigação, adotámos os princípios da investigação-formação-ação.

2.4. DESENHO DO ESTUDO

Face ao objeto de estudo e objetivos da investigação, o desenho da mesma teve por propósito fornecer-nos uma estrutura operacional que nos permitisse responder às nossas questões e concretizar os objetivos a que nos propusemos.

Perante a necessidade de produzir conhecimento sobre a SCE, em particular no âmbito dos CSP, o desenho da investigação é, em parte, orientado para a exploração, descrição, e construção de conhecimento em torno da mesma, no sentido de obtermos resultados que permitam aumentar a compreensão sobre esta problemática.

O desenho da investigação compreendeu quatro fases, cada uma procurou dar resposta a objetivos específicos, definindo-se o modo como os dados seriam recolhidos e sob que condições, bem como o modo como se perspetivava efetuar a análise dos mesmos (fig. 2).

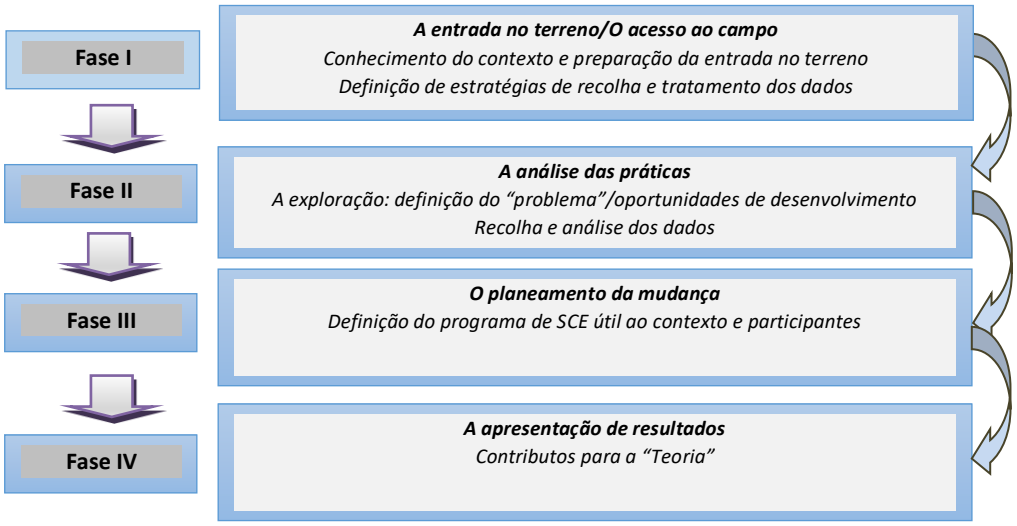


Figura 2 - Desenho do estudo

Face às oportunidades de desenvolvimento identificadas, desenvolveu-se uma componente de ação, enquanto "processo coletivo" que envolveu os participantes como sujeitos ativos, no sentido de produzir mudança na organização, através da realização de um programa de formação em SCE.

2.4.1. O CONTEXTO DO ESTUDO

A presente investigação foi desenvolvida no Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso, concretamente, nos Centros de Saúde Chaves II, Ribeira da Pena e Vila Pouca de Aguiar, destacando-se que os CS são considerados como o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados.

Os ACeS foram criados pelo Decreto-Lei N.º 38/2008, com a missão de "*garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica*", sendo considerados "*serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde*" (p. 1182).

As unidades funcionais integram as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP) e outras unidades, ou serviços, considerados necessários pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Cada unidade funcional tem uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, que interage e coopera com as demais unidades funcionais do CS e do ACeS (Decreto-Lei N.º 38/2008, 2008).

Cada ACeS tem apenas uma USP e uma URAP e em cada CS funcionam, pelo menos uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta (Decreto-Lei N.º 38/2008, 2008).

Tomando por referência 2011, ano de início do trabalho de campo, o ACeS do Alto Tâmega e Barroso, constituído pelos CS de Montalegre, Boticas, Chaves I, Chaves II, Valpaços, Ribeira da Pena e Vila Pouca de Aguiar, tinha 107.416 utentes inscritos, a 31 de dezembro (ARS Norte, 2011).

Em 2015 (últimos dados acessíveis), o ACeS abrangia uma população residente de 89.260 habitantes, que representava cerca de 2,5% da população da região norte (RN), numa área de influência correspondente aos concelhos de Boticas, Chaves, Montalegre, Ribeira da Pena, Valpaços e Vila Pouca de Aguiar (ARS Norte, 2017).

O crescimento populacional tem vindo a diminuir e, entre os censos de 2001 e 2011, a população do ACeS diminuiu (-10,1%), contrariamente à RN e ao continente (0,1% e 1,8%, respetivamente).

A taxa de natalidade também diminuiu na região do ACeS (5,1 nados vivos por 1000 habitantes, em 2015), tendo vindo a apresentar valores inferiores à RN e ao continente.

Por outro lado, o índice de envelhecimento (288,2, em 2015) é superior ao da RN e do continente (139,3 e 149,6, respetivamente) (ARS Norte, 2017).

Apesar do nível de escolaridade da população ter melhorado entre 2001-2011, ainda era considerado baixo, inferior ao da RN e ao do continente, e, apesar da taxa de analfabetismo (10,7) também ter diminuído neste período, em 2011 ainda era superior à da RN e do continente, em todos os concelhos. O setor terciário é o que mais emprega a população desta região (65,6%) (ARS Norte, 2017).

Quanto aos recursos humanos, em 2011, o ACeS contava com um total de 391 colaboradores, 130 dos quais enfermeiros, 75 médicos e 186 não especificados (PORDATA, 2017).

2.4.2. O ACESSO AO CAMPO: CONHECER E PREPARAR O CONTEXTO

Sendo a investigação guiada pelos princípios do construtivismo, o contato do investigador com o terreno foi intenso, o que do ponto de vista metodológico exigiu procedimentos que ajustaram melhor a investigação ao seu objeto, e do ponto de vista prático colocaram grandes exigências aos envolvidos, inclusivamente na negociação e definição dos papéis que cada um iria assumir.

Na fase preparatória da entrada em campo procurámos estabelecer contacto com as organizações em estudo, no sentido de perceber algumas circunstâncias conjunturais para o desenvolvimento da investigação, tomar conhecimento sobre as mesmas, dar a conhecer melhor o investigador e a investigação a desenvolver: o seu fundamento, objetivos e procedimentos metodológicos.

Após a obtenção das autorizações do ACeS Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, para a realização do estudo, entrámos em campo iniciando-se um contacto mais intenso com enfermeiros dos Centros de Saúde de Chaves II, Vila Pouca de Aguiar e Ribeira de Pena, salientando-se aqui a relevância do papel da Enfermeira Supervisora do ACeS e das Enfermeiras Chefes dos CS para a relação de confiança e aliança de trabalho que criámos.

Esta fase permitiu-nos, ainda, contactar com algumas dinâmicas de trabalho e de supervisão, o que veio a revelar-se muito útil, principalmente no que referiu ao planeamento das estratégias e procedimentos a adotar na recolha de dados, a melhor maneira de obtermos os dados, de quem deveriam ser obtidos, e como programar a colheita. Estes foram alguns dos aspetos que emergiram da nossa tomada de decisão em função das

aprendizagens que fomos fazendo sobre a realidade e pontos de vista daqueles sob estudo (Guba & Lincoln, 1994; Polit et al., 2004; Flick, 2005; Polit & Beck, 2011).

2.4.3. A EXPLORAÇÃO: A ANÁLISE DAS PRÁTICAS, DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO

Em primeira instância, nesta fase, verificámos através dos primeiros contactos com os enfermeiros, a necessidade (expressa) em aumentar o seu conhecimento sobre a temática da SCE. Apesar dos enfermeiros dos três contextos em estudo revelarem já terem *"ouvido falar sobre esta temática"*, consideravam que o seu conhecimento sobre o assunto era limitado, pelo que se justificava investir na formação.

Com base nas necessidades de aprendizagem identificadas, foi planeado um programa de seis horas de formação em SCE dirigida aos enfermeiros, sendo realizadas duas sessões de três horas em cada CS, num total de 6 sessões/18 horas, que decorreram entre 20 de janeiro e 6 de abril de 2011.

À medida que fomos terminando as sessões de formação, dávamos início à recolha de dados qualitativos, através da realização das primeiras entrevista e observação não participante. No período durante o qual decorreu a realização das entrevistas, tivemos a oportunidade de observar algumas dinâmicas de supervisão em uso, da sua intensidade e qualidade, perceber as motivações dos participantes e as oportunidades de desenvolvimento relativamente à SCE, e efetuar algumas notas de campo.

Nesta fase também procedemos à recolha de dados de natureza quantitativa.

2.4.4. PLANEAMENTO DA MUDANÇA: DEFINIÇÃO DAS LINHAS GERAIS PARA UM PROGRAMA DE SCE ÚTIL AO CONTEXTO E PARTICIPANTES

Nesta fase desenvolvemos atividades com o intuito de planear o programa de SCE a implementar. As nossas opções metodológicas foram ditadas por aquilo que emergiu da fase anterior.

Também no processo de planeamento da mudança adotámos os princípios da investigação-ação, no que relevou para a interação com o contexto e participantes.

A terceira fase da investigação, além de enformada pelas fases anteriores, também foi condicionada pelas características, ideologias e condições do investigador e dos participantes, muito especialmente sobre as suas representações sobre a profissão, sobre as práticas clínicas, as práticas de supervisão, o conhecimento sobre a temática da SCE,

mas também pelas características, filosofia e recursos das ecologias em estudo. Neste sentido, como sugerido Bogdan e Biklen (1994), enquanto investigadores refletimos e questionámo-nos sobre a melhor forma de transformar os dados obtidos num estímulo encorajador das ações coletivas.

Salientamos o facto de que, apesar do cariz exploratório do estudo, a adoção dos princípios da investigação-ação permitiu, a todos os envolvidos, uma aprendizagem atravessada pelo processo argumentativo e reflexivo.

2.5. ESTRATÉGIAS DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Günter (2006), existem três aproximações principais para compreender o comportamento e os estados subjetivos: observar o comportamento que ocorre em contexto real; criar situações artificiais e observar o comportamento diante das tarefas definidas para essas situações; perguntar às pessoas sobre o seu comportamento, (o que fazem e fizeram) e sobre os seus estados subjetivos (por exemplo, o que pensam e pensaram). Nesta ótica, para se conseguir a concretização deste nível de compreensão, pode ser utilizada uma variedade de estratégias de recolha de dados (Streubert & Carpenter, 2002).

Informados pelos autores supracitados, a nossa opção pelos métodos e técnicas utilizadas prendeu-se, fundamentalmente, com o fenómeno em estudo, a informação que pretendemos recolher e os instrumentos disponíveis. Neste caso, tendo em vista as características e desenho do estudo e a informação pretendida, procedemos à recolha de informação de natureza qualitativa (comportamentos, representações, opiniões, interpretações) e informação de natureza quantitativa (caraterização da população e das práticas organizacionais, relativas à SCE) (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 2009).

Neste sentido, encontrámos na entrevista e no questionário as técnicas que nos permitiram responder às estratégias de recolha de informação de natureza qualitativa e quantitativa, respetivamente, conscientes de que "*a este binómio correspondem diferentes preocupações, que não se excluem necessariamente – a de observar em profundidade as várias componentes de um problema e a de conhecer e medir comportamentos de uma população, em um ou mais domínios da vida social*" (Ghiglione & Matalon, 2001, p. xi).

2.5.1. ENTREVISTAS

A entrevista semiestruturada constituiu o nosso principal método de colheita de dados, no sentido de examinar conceitos e compreender o sentido do fenómeno SCE, tal como percebido pelos participantes.

Tomando por referência Frid, Ohlen e Bergbom (2000) e Flick (2005), foi elaborado um guião de entrevista (Anexo 1) que integra cinco blocos temáticos (quadro 2): o primeiro envolve a legitimação da entrevista e respetivos objetivos; os restantes incidem sobre as conceções, representações, sentimentos, descrição de eventos experienciados e opiniões dos participantes sobre a temática da SCE. O guião contempla 28 exemplos de questões a colocar, distribuídas por quatro dos cinco blocos (quadro 2).

Quadro 2 - Blocos temáticos da entrevista

Bloco I	Legitimação da entrevista
Bloco II	Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas
Bloco III	Caraterização da supervisão
Bloco IV	Designação e relações funcionais do supervisor
Bloco V	Evolução do sistema de supervisão

No início das entrevistas explicitámos o seu objetivo, bem como os do estudo, informando os participantes sobre a garantia da confidencialidade da informação, obtendo-se, ainda, o consentimento informado para a realização e gravação das entrevistas.

Como sugere Flick (2005), o registo áudio das entrevistas foi obtido com utilização de um discreto gravador digital, no sentido de facilitar que a entrevista decorresse com a maior naturalidade possível, limitando ao máximo a perceção da presença do equipamento. Todavia, um dos participantes não permitiu a gravação da entrevista, referindo sentir-se desconfortável com este procedimento, pelo que a fomos documentando através da escrita.

Despendemos de cerca de 22 horas na realização das entrevistas, sendo a média de cerca de 32 min por cada uma.

2.5.2. NOTAS DE CAMPO

As notas de campo são um instrumento clássico na pesquisa qualitativa, podendo constituir-se como um importante complemento a outros métodos de recolha de dados, enquanto estratégia de registo de eventos, episódios e ideias que emergem do trabalho no terreno (Bogdan & Biklen, 1994; Flick, 2005).

No decurso do trabalho de campo, realizámos notas de campo em forma de registo de aspetos observados na interação com o contexto, identificando situações que considerámos relevantes para o processo de investigação.

Tal como sugere Flick (2005), enquanto no terreno, fizemos as anotações e, procurando não introduzindo artificialidade na relação com os participantes, optámos por efetuar as anotações após terminar o contacto, adotando o "rigor de clausura" sugerido por Lofland e Lofland (1984; cit. por Flick, 2005, p.172).

O formato adotado na produção das notas de campo seguiu as recomendações de Spradley (1997), que entendemos ser adequado aos nossos objetivos.

2.5.3. QUESTIONÁRIOS

No que releva para a colheita de dados de natureza quantitativa, esta foi efetuada através de questionários, com o objetivo de recolher informação sobre a "regularidade" de acontecimentos, situações, atitudes, crenças, conhecimentos e opiniões (Fortin, 2009).

O recurso a esta técnica de recolha de dados teve em vista, mais do que a caracterização da população, a recolha de informação sobre o sistema de supervisão das práticas em uso e desejado, a relevância atribuída a estratégias de SC e aos indicadores das mesmas.

Neste sentido, em determinada fase da investigação, para a obtenção de respostas altamente estruturadas sobre os aspetos atrás mencionados, foi nossa opção construir questionários, em trabalhos paralelos a este, no âmbito do Mestrado de SCE da ESEP, cuja orientação esteve sob nossa responsabilidade e da Professora Doutora Margarida Reis Santos:

a) Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QAFESCE] - construído no âmbito do estudo de Rocha (2013), permite avaliar a frequência realizada e a frequência desejada de aplicação das estratégias de SCE (Anexo 2);

b) Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QARIESCE] (Anexo 3) - construído no âmbito do estudo Pinto (2013), fornece os indicadores de estratégias de SC que podem também eles concorrer para a avaliação da SCE;

c) Questionário de avaliação da relevância das estratégias de supervisão clínica em enfermagem [QARESCE] (Anexo 4) – permite avaliar a relevância da SC.

Este último emergiu da necessidade de construir um questionário robusto do ponto de vista psicométrico que permitisse estimar quais as estratégias de SC que os enfermeiros consideravam mais relevantes, no sentido de projetar a sua adoção (Pires, Pereira, Reis Santos, & Rocha, 2016). Os dados para efeitos da validação deste questionário foram recolhidos conjuntamente com os do QAFESCE e do QARIESCE, com a colaboração de Rocha e Pinto. Deste estudo resultou a publicação do artigo "*Most relevant clinical supervision strategies in nursing practice*" (Pires, Pereira, Reis Santos, & Rocha, 2016).

Estes questionários integram uma secção prévia que inclui a folha de informação ao participante onde consta toda a informação relevante sobre o estudo, instruções para o preenchimento, e uma folha de declaração de consentimento informado.

A secção seguinte é comum a todos os questionários e tem por objetivo a recolha de dados de natureza sócio demográfica. Integra um conjunto de 20 questões que permitiram a respetiva caracterização dos participantes.

A última secção permite a recolha de opiniões sobre a relevância das estratégias de SCE (no caso do QARESCE), a frequência realizada e a frequência desejada de implementação de estratégias de SCE (no caso do QAFESCE) e a relevância dos indicadores das estratégias de SCE (no caso do QARIESCE), respetivamente.

A última secção do questionário de avaliação da relevância da utilização de estratégias de SCE (QARESCE) é constituída por 16 questões de escolha múltipla, com base nas estratégias que, de acordo com a evidência analisada, são as mais frequentemente utilizadas em contexto de supervisão (Pires et al., 2016). As questões de escolha múltipla comportam um conjunto de cinco respostas possíveis, com base numa escala ordinal tipo *Likert*, estabelecendo-se a seguinte ordem:

1- Nada relevante; 2- Pouco relevante; 3- Relevante; 4- Muito relevante; 5- Totalmente relevante.

A última secção do questionário de avaliação da frequência de implementação de estratégias de SCE (QAFESCE) é constituída por afirmações de escolha múltipla, integrando as 16 estratégias de supervisão mais frequentemente referenciadas em

contexto de supervisão. As afirmações de escolha múltipla comportam um conjunto de cinco respostas possíveis para a frequência realizada e outras cinco para a frequência desejada, com base numa escala ordinal tipo *Likert*, estabelecendo-se a seguinte ordem em cada uma delas:

1- Uma ou mais vezes por dia; 2- Uma ou mais vezes por semana; 3- Uma ou mais vezes por mês; 4- Menos que uma vez por trimestre; 5- Nunca.

A última secção do questionário de avaliação da relevância dos indicadores de estratégias de SCE (QARIESCE) integra 14 estratégias de supervisão, em que cada uma tem associado um conjunto de indicadores. A cada um dos indicadores está associada uma escala ordinal tipo *Likert*, com um conjunto de cinco respostas possíveis, estabelecendo-se a seguinte ordem:

1- Nada relevante; 2- Pouco relevante; 3- Relevante; 4- Muito relevante; 5- Totalmente relevante.

Quanto à validade dos conteúdos e consistência destes instrumentos verificou-se: o QAFESCE apresentou uma boa consistência interna, com *coeficiente alpha* de Cronbach de 0,922; o QARESCE α=0,928; e o QARIESCE apresentou α=0,942.

Face ao exposto, estes questionários mostraram ser válidos sob o ponto de vista dos conteúdos e consistentes, pelo que os utilizámos na nossa pesquisa, decorrendo a recolha de dados entre abril e junho de 2013.

2.6. PARTICIPANTES NO ESTUDO

Foi nosso entendimento que a conceção de um programa de SCE que se revele útil para o contexto, para os profissionais e respetivas práticas, deva envolver estratégias de procura e construção do conhecimento, cujos elementos metodológicos assentem na construção de soluções e entendimentos consensuais, informados e baseados nas condições ecológicas dos contextos de ação dos sujeitos. Neste sentido, os participantes no estudo foram os enfermeiros dos CS de Chaves II, Ribeira de Pena e Vila pouca de Aguiar.

2.6.1. DAS ENTREVISTAS

Face ao exposto, e dada a natureza exploratória do estudo, as nossas opções em termos de amostragem radicaram na seleção de um cenário com alto potencial de riqueza de

informação, numa amostra de conveniência, em que foi nossa intenção que todos os enfermeiros dos três CS fossem envolvidos na investigação, desde que fosse sua vontade (Polit et al., 2004). Assegurámos que esta nossa opção fosse ao encontro dos critérios universais para a seleção de um "bom informante", referidos por Morse (1998), pois o conhecimento da qualidade dos participantes permitiu-nos perceber que se constituíam como informantes privilegiados, até pelo desenvolvimento e vinculação profissional que lhes são próprios, catalisadores do potencial de maximização da informação que se pretende recolher (Flick, 2005; Morse, 2007).

Apesar da generalidade dos autores entenderem que, na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra é determinado a partir da necessidade de informação, considerámos que deveriam ser entrevistados todos os enfermeiros dos CS que aceitassem participar na investigação, pois é nosso entendimento que se queremos explorar oportunidades de desenvolvimento e contribuir para a mudança, preferencialmente devemos contar com a colaboração de todos os envolvidos, para que esta lhes faça sentido, para que não lhe resistam, mas que colaborem ativamente para que a mudança aconteça.

Participaram na investigação um total de 42 enfermeiros. Dos 18 enfermeiros do CS de Vila Pouca de Aguiar, todos participaram no estudo (43% do total de participantes). Dos oito enfermeiros do CS de Ribeira de Pena, todos participaram no estudo (19% do total de participantes). Do CS de Chaves II participaram todos os enfermeiros da UCSP, num total de 16 (38% do total de participantes), não tendo participado no estudo os enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar *Aquae Flaviae*, devido à sua manifesta dificuldade em compatibilizar a sua participação com compromissos profissionais previamente assumidos. Contámos com a participação de um enfermeiro ligado à gestão do ACeS, que alocámos ao CS de Chaves II, por ser lá sediado o seu habitual local de trabalho.

Os 42 participantes são predominantemente do sexo feminino (85,71%; n=36), sendo seis do sexo masculino. Estes achados são próximos daquilo que tem vindo a ser comprovado pelos dados estatísticos que demonstram que, em Portugal, a 31 de dezembro de 2016, dos 69 682 enfermeiros, 82,03% eram do sexo feminino (OE, 2016).

A idade dos participantes variou entre os 28 e os 59 anos, sendo a média de 44,19 e a moda 52, o que se distancia um pouco dos dados da OE (2016), pois, em Portugal, o grupo etário 31-35 anos é o mais representativo. O tempo de exercício profissional variou entre os seis e os 40 anos. Quanto à categoria profissional, as mais representativas eram, em igualdade, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista (42,86%; n= 18), salientando-se que estes últimos estão acima daquilo que é a realidade nacional, pois apenas 22,52% dos enfermeiros são especialistas (OE, 2016).

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes

	N	%
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Enfermeiro	2	4,76
Enfermeiro graduado	18	42,86
Enfermeiro especialista	18	42,86
Enfermeiro chefe	3	7,14
Supervisor	1	2,38
Total	**42**	**100,0**
SITUAÇÃO JURÍDICA DE EMPREGO		
Contrato de trabalho em funções públicas	34	80,95
Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	6	14,29
Contrato individual de trabalho a termo resolutivo certo	2	4,76
Total	**42**	**100,0**
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E PROFISSIONAIS		
Licenciatura	20	47,62
Licenciatura e Especialidade	18	42,86
Licenciatura, Especialidade e Mestrado	2	4,76
Licenciatura e Mestrado	2	4,76
Total	**42**	**100,0**
LOCAL DE TRABALHO		
CS Vila Pouca de Aguiar	18	42,86
CS Ribeira de Pena	8	19,05
CS Chaves II	16	38,09
Total	**42**	**100,0**

Relativamente aos participantes ainda destacamos o seu envolvimento e vinculação à investigação, procurando dar o seu melhor contributo, mostrando a sua disponibilidade para a participação, a sua capacidade de envolvimento no trabalho, a sua capacidade de reflexão sobre a temática em estudo, na construção das opiniões e soluções sobre a criação de um modelo de supervisão que lhes faça sentido.

Em síntese, em termos da análise do plano de amostragem, no que releva para a sua propriedade, não obstante o método usado para selecionar a amostra, entendemos que esta se revelou apropriada no sentido em que os participantes supriram as informações relevantes face às exigências do estudo (Morse, 1991; Polit et al., 2004). Com a informação obtida, na generalidade, atingiu-se a saturação teórica a nível das categorias, ou seja, o ponto no desenvolvimento da categoria em que não surgiram novas subcategorias, dimensões ou relações durante a análise (Strauss & Corbin, 2008). Contudo, não excluímos as categorias que apresentaram interesse pela sua singularidade.

No que releva para a adequação, os participantes forneceram-nos um conjunto de informação adequada, que se traduziu num conjunto de dados suficientemente rico e de qualidade (Morse, 1991; Polit et al., 2004).

Julgamos que a estratégia de amostragem adotada nos permitiu o entendimento mais completo possível do fenómeno em estudo, não excluindo os casos negativos ou participantes com experiências incomuns, procurando que as dimensões desse fenómeno fossem adequadamente representadas, preenchendo as necessidades de informação do estudo, não nos focando apenas na regularidade, mas também na singularidade dos dados produzidos; acreditando que se aprende com os casos típicos, mas também com os extremos (Polit et al., 2004). Tal como sugerem Strauss e Corbin (1998) para a seleção de casos negativos, esta inclui a análise de sujeitos que contrariam os padrões emergentes dos dados, permitindo verificar pressuposições já construídas pelo investigador, introduzindo um refinamento e maior complexidade na análise teórica.

2.6.2. DOS QUESTIONÁRIOS

Como já referimos, procedemos à aplicação de três questionários aos enfermeiros dos três CS em estudo, com o objetivo da obtenção de informação que nos permitisse a triangulação com a informação de natureza qualitativa, proveniente das entrevistas

Estes questionários foram aplicados em simultâneo, nos três CS. Todos os enfermeiros que participaram nas entrevistas, também participaram nesta fase da recolha de dados. Daqui resulta que a caracterização da população que participou nesta componente do estudo é muito coincidente com os atributos dos participantes na componente qualitativa do mesmo, com exceção dos aspetos inerentes à temporalidade, ou seja, a idade, o tempo de serviço e também alterações a nível das habilitações académicas e profissionais. A aplicação dos questionários sucedeu-se à realização das entrevistas, pelo que estes

atributos dos participantes sofreram alterações entre a colheita de dados de natureza qualitativa e os de natureza quantitativa.

Salienta-se, ainda, que dois dos enfermeiros da USF *Aquae Flaviae* que não participaram nas entrevistas, disponibilizaram-se para participarem no preenchimento dos questionários.

Os 44 enfermeiros que participaram nesta fase do estudo tinham idades compreendidas entre os 28 e os 59 anos (M=44,39; DP=7,43). O tempo de exercício profissional variou entre os seis e os 40 anos (M=20,27; DP=7,21) (tabela 2).

Tabela 2 - Idade e tempo de exercício profissional dos enfermeiros

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	44	28	59	44,39	7,43
Tempo de Exercício Profissional	44	6	40	20,27	7,21

Os participantes eram predominantemente do sexo feminino (86,4%), o que vai de encontro ao facto da profissão ser maioritariamente exercida por mulheres, o que Dias (2005) considera ter por base razões de natureza sociológica. Enfermeiro graduado e enfermeiro especialista eram, paritariamente, as categorias profissionais mais representativas (43,2%); em termos da situação jurídica de emprego 81,8% tinham contrato de trabalho em funções públicas; 45,5% estavam habilitados com o curso de licenciatura em enfermagem, 4,5% com licenciatura em enfermagem e mestrado, e 4,5% com licenciatura em enfermagem, especialidade e mestrado; os participantes eram maioritariamente provenientes do CS de Vila Pouca de Aguiar (40,9%).

2.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A recolha de informação de natureza qualitativa realizada por meio de entrevistas foi gravada em sistema áudio, sendo os ficheiros posteriormente gravados em suporte eletrónico e arquivados em disco próprio, após o qual se procedeu à transcrição das entrevistas para documento *word*®.

No sentido da organização da transcrição e respetiva documentação das entrevistas, foram criadas três pastas diferentes onde foram arquivadas, organizadas por CS.

Foi também criado um ficheiro *word*® com as notas de campo, com o intuito de tornar possível voltar aos dados originais sempre que fosse necessário.

Para efeitos de apresentação e referenciação dos dados recolhidos através das entrevistas adotámos por procedimento de codificação a atribuição de um código a cada uma das entrevistas dos 42 participantes: este inicia-se pela letra "E" (de entrevista), à qual se associou o número de ordem da entrevista por CS; seguido das iniciais do CS onde trabalha o participante (RP - Ribeira de Pena, CH – Chaves II, VP – Vila Pouca), dando-se como exemplo (ExRP – entrevista nº x, centro de saúde RP).

À medida que íamos realizando as entrevistas fomos procedendo à sua transcrição, organização e análise, usando-se para este efeito os programas Nvivo7®, inicialmente, e, mais tarde, o Nvivo10®. Consoante fomos realizando a análise fomos introduzindo "as fontes", ou seja, os ficheiros em formato *word* com as entrevistas, um a um, com o respetivo código que lhe fora atribuído.

O NVivo® para ambiente *windows*, é um *software* que suporta métodos de pesquisa qualitativos e mistos, que ajuda a organizar e analisar facilmente as informações não estruturadas, no sentido de ajudar na tomada de decisão. O recurso a este *software* permitiu-nos trabalhar de forma sistemática e não perder dados, apurar as informações e descobrir conexões subtis, que seriam difíceis de obter manualmente, gerir todo o material num arquivo de projeto, compartilhar facilmente o trabalho com outros e na geração de relatórios, sendo que alguns destes aspetos são referidas por Weitzman (2000) e Flick (2005) como maneiras de utilizar a informática na investigação qualitativa.

Embora com recurso a *software* eletrónico, a análise dos dados foi realizada tendo por base os princípios do método da "*grounded theory*". Tal como é próprio deste método, não foram definidas categorias *à priori,* sendo a análise orientada pela exploração das informações relevantes, permitindo-nos confrontar constantemente os dados com a sua importância, enquanto contributo para a concretização dos objetivos (Strauss & Corbin, 1998).

O processo de análise integrou: i) microanálise, "*análise detalhada…para gerar categorias iniciais e para sugerir relações entre as categorias"*; ii) codificação aberta, *"processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e as suas subcategorias e dimensões são descobertas nos dados*"; iii) codificação axial, "*o processo de relacionar categorias às subcategorias, (…) ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível da subcategoria e dimensões*" (Strauss & Corbin, 2008, pp. 65,103,123), procurando subcategorias e dimensões das categorias encontradas (Burns & Grove, 2004).

Para a análise, e tendo por objetivo facilitar a redução teórica, foram sendo construídos diagramas e esquemas, assim como elaborados memorandos e enredos.

No processo de codificação, ainda que de acordo com os princípios da *grounded theory* correspondam a uma tentativa de ir operando a níveis de conceptualização progressivamente crescentes, em relação aos que foram gerados pelas primeiras codificações, tivemos em consideração que as categorias devem manter o seu carácter emergente em relação aos dados.

Iniciámos o processo pela microanálise, em que foram geradas algumas categorias iniciais, algumas correspondentes a códigos *in vivo*, ou seja, com recurso a expressões utilizadas pelos enfermeiros, sempre que tal nos pareceu tornar mais explícito o sentido que lhes fora por elas atribuído, como sugerem Strauss e Corbin (2008). Nestes casos essa designação será assinalada em nota de rodapé.

Seguiu-se uma codificação aberta, agrupando-se e ordenando-se os conceitos segundo as perceções dos participantes relativamente à SCE, as práticas de supervisão em uso, as práticas de supervisão desejadas, verificando-se, também, as relações que mantinham entre si, através de uma análise axial e, finalmente, sintetizando os dados elaborando a sua redução teórica, extraindo-se os contributos para a "teoria", neste caso para o programa de SCE.

Dado que a "*grounded analysis*" iluminou a análise dos dados qualitativos produzidos, fomos "olhando" continuamente os mesmos, verificando-se, na generalidade, a saturação teórica, inclusivamente em Ribeira de Pena, que apenas contou com oito participantes. Isto significa que, a partir de certo ponto, não apareceram dados adicionais com base nos quais se pudessem aprofundar as categorias (Flick, 2005; Strauss & Corbin, 2008).

Consideramos importante clarificar que a utilização de expressões como "alguns enfermeiros" ou "a maioria dos enfermeiros", ou mesmo a referência a casos singulares, ao longo do capítulo, corresponde a uma forma de construir uma narrativa onde, ao invés da descrição e quantificação detalhadas, se pretende, principalmente, esclarecer os significados que se extraíram dos dados e acentuar a relevância das categorias para a compreensão da diversidade desses significados e das ações que se lhes associam.

A inclusão de perspetivas singulares foi sempre determinada pela sua relevância, em função da relação que mantinham com ideias ou descrições de ações fornecidas pelos enfermeiros, ou ainda, por constituírem "casos negativos" (Strauss & Corbin, 1998), "interpretações rivais" ou "perspetivas alternativas" (Yin, 2005), que contribuíam para aumentar a compreensão da variabilidade observada e ajustar as categorias.

Na impossibilidade de transferir para o corpo desta dissertação todo o volume dos dados recolhidos, optámos por organizar a sua apresentação em função da discussão das categorias que emergiram através das sucessivas reformulações que foram sendo determinadas pela própria análise, pela busca no sentido da saturação dessas categorias e pela construção de um "modelo" emergente (Glaser & Strauss, 1967). Este "modelo" remete para o programa de SCE, no qual se condensaram as diversas dimensões relativas ao modo como os enfermeiros dos CSP conceptualizam a SCE que desejam.

Nos capítulos relativos à fase empírica da investigação apresentamos e interpretamos os resultados do estudo, apoiando-nos em estudos anteriores e no quadro concetual, procurando evidenciar a sua significação.

Nessa parte do relatório apresentamos os resultados da codificação, organizados sob a forma de temas, categorias, subcategorias e dimensões que, em conformidade com os objetivos da investigação, nos apontam para três grandes domínios de análise, em torno das conceções dos enfermeiros participantes sobre a SC: "conceções sobre a SCE"; "SC em uso"; e "SCE proposta" (fig. 3).

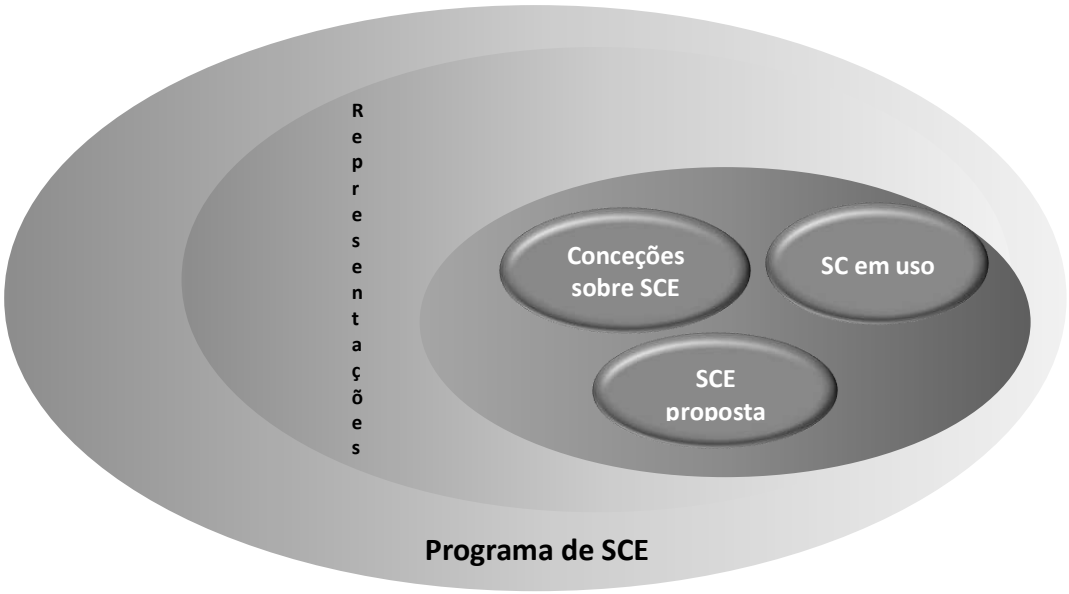


Figura 3 - Domínios da análise

Destes três domínios em análise emergiu o programa de SCE concebido para o contexto de CSP. Na abordagem destas áreas centrais à investigação vamos confrontando, ao longo do texto, a supervisão em uso nos serviços, com a SCE proposta, cujo sentido procuramos explicitar através de excertos do discurso dos participantes, e que apresentaremos ao longo do relatório.

Por último, nalguns momentos da análise, incorporamos os dados resultantes das estratégias metodológicas complementares, questionários e notas de campo, no sentido da triangulação e consolidação do "emergente".

- **Organização das notas de campo**

O modelo utilizado na configuração das notas integrava três campos de informação: uma área central destinada à descrição do ocorrido; uma destinada às questões metodológicas, onde indicávamos alguns pontos a explorar em encontros seguintes; e outra destinada à produção das sínteses analíticas e interpretativas.

Com base no sugerido por Strauss e colaboradores (1964, cit por Flick, 2005) o material verbal registado entre aspas significa uma recordação exata; o material verbal registado entre apóstrofes indica um menor grau de certeza ou paráfrase; o material verbal registado sem qualquer marca significa um relembrar razoável, mas não uma citação; as impressões ou inferências do entrevistador eram separados das observações reais, através da utilização de parêntesis reto.

Para efeitos de apresentação e referenciação dos dados referentes às notas de campo, adotámos os mesmos procedimentos de codificação dos dados resultantes das entrevistas: cada um dos 42 participantes foi identificado com a letra "E" à qual se associou o número de ordem da entrevista por CS; seguido das iniciais do local de trabalho; seguido das iniciais de nota de campo "NC" e respetivo número, de acordo com a cronologia do contato (ex: ExCHNCz – entrevista nº x, centro de saúde CH, nota de campo nº z).

2.8. ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS QUANTITIVOS

A organização e tratamento dos dados resultantes da aplicação dos três questionários (QARESCE, QAFESCE e QARIESCE) envolveu análise estatística descritiva e inferencial, para a qual foi construída uma base de dados no *software* aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS®) versão 20.0.

A estatística descritiva permitiu-nos obter dados nomeadamente sobre frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão (desvio padrão).

2.9. CRITÉRIOS DE CIENTIFICIDADE

A metodologia qualitativa subjaz ao desenvolvimento desta investigação, adotando-se os métodos e estratégias que lhe são próprios, nos processos de recolha e tratamento da informação daqui decorrente. Não obstante, com o propósito da triangulação de dados, procedemos à recolha de informação de natureza quantitativa, o que, por si, se constitui como um critério de cientificidade da investigação.

Leininger (2007) considera que a apreciação da investigação qualitativa requer o uso consistente de critérios qualitativos explícitos, consistentes com o paradigma: credibilidade, confirmabilidade, significado, padronização recorrente, saturação e transferibilidade.

No que respeita à *credibilidade*, procurámos representar fielmente a realidade, resultado da capacidade em estabelecer uma relação empática com os informantes, mantendo uma postura de escuta ativa e de reflexão sobre as situações, bem como do afastamento emocional dos dados. A credibilidade está, em certa medida, relacionada à validade, pela utilização de várias fontes de evidência e triangulação de dados; triangulação esta que constitui um meio para aumentar a consistência, fruto da combinação com outros métodos de recolha de dados, o que se se verificou no nosso estudo, pois procedemos à recolha de dados de natureza quantitativa, que concorreu para este desiderato.

A *confirmabilidade* é obtida pelos mesmos critérios da confiabilidade, referindo-se à participação direta repetida e à prova observada obtida a partir de fontes informantes primárias, envolvendo a validação dos achados e das interpretações do investigador pelos informantes (Leininger, 2007; Polit & Beck, 2011). Esta validação foi conseguida, em parte, por questionamento direto dos participantes sobre o significado do que referiram e pela análise do programa de SCE que foi concebido e apresentado aos participantes.

O *significado no contexto* foca-se na contextualização das ideias e experiências dentro de determinada ecologia. Neste sentido, procurámos dar visibilidade ao contexto dos participantes e às influências socioprofissionais que dão significado a determinadas conceções, comportamentos e práticas, procurando-se a sua validação por outros estudos.

A *padronização recorrente* foi um critério importante do estudo, na medida em que faz parte da conceção do programa de SCE a identificação de padrões e até a sua variabilidade em função dos significados e dos contextos.

A *saturação* refere-se à plena tomada de ocorrências ou imersão completa do fenómeno de modo a conhecê-lo o mais plenamente, compreensivamente e minuciosamente possível. Face a este critério entendemos que fizemos uma pesquisa exaustiva sobre o

fenómeno em estudo, verificando-se da densidade dos dados obtidos, não se encontrando novas explicações, interpretações ou descrições do fenómeno.

Quanto à *transferibilidade, não* sendo o nosso objetivo produzir generalizações, mas sim compreensões e conhecimento sobre a problemática em estudo, acreditamos que as conclusões produzidas neste estudo encontram similitudes em ecologias idênticas e circunstâncias idênticas, podendo contribuir com uma generalização analítica.

Relativamente à validade interna, procurámos explicar as inferências a partir das unidades de registo; consideração de hipóteses concorrentes à explicação considerada; e ao recurso a modelos lógicos para justificar os "achados".

Da *confiabilidade*, descrevemos os métodos e procedimentos utilizados detalhadamente, de modo a que permitam a reprodução do estudo, que a existir no mesmo contexto, possa chegar constatações e conclusões semelhantes (Polit et al., 2004).

Este estudo, dada a forma como foi desenvolvido, não tem nenhuma pretensão de inferência para outras populações. É circunscrito à realidade onde foi desenvolvido, embora lhe reconheçamos o potencial para ser transferível.

2.10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quaisquer que sejam os fenómenos em estudo, a investigação deve ser conduzida no respeito aos direitos da pessoa, devendo as decisões ser tomadas em conformidade com os princípios fundamentais da ética. Tomando como fundamental considerar a responsabilidade do investigador relativamente aos direitos das pessoas, antes de iniciarmos o nosso estudo refletimos aprofundadamente sobre os motivos que conduziram à sua realização e as eventuais repercussões do mesmo na vida dos participantes, principalmente do ponto de vista de tempo a disponibilizar (Bogdan & Biklen, 1994; Denzin, Lincoln, & Giardina, 2006; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011). Neste sentido, nesta pesquisa, tomámos em particular atenção princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana e na justiça.

Em primeira instância, para a realização da investigação procedemos ao pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e à Direção do ACeS Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso, entidades responsáveis pelo contexto onde decorreu o estudo, tendo sido obtidos os pareceres positivos (Anexo 5).

Após a autorização das respetivas entidades, iniciámos a preparação do contexto para a entrada em campo, informámos os profissionais dos CS em estudo sobre a finalidade e os objetivos da investigação, os métodos e procedimentos planeados, "os riscos e benefícios" inerentes à participação, com o propósito de ajudar os enfermeiros a fazerem a sua escolha informada.

Na recolha de dados de natureza qualitativa garantimos as questões éticas na obtenção dos mesmos, principalmente no que concerne a aspetos relacionados com consentimento informado, anonimato, confidencialidade, tratamento dos dados e relações participante-investigador.

Antes de iniciarmos as entrevistas, voltámos a fornecer informação verbal e escrita sobre o estudo, sendo clarificado que a participação não tinha qualquer tipo de incentivo, recompensa ou punição, podendo o participante, em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resultasse qualquer prejuízo (Bogdan & Biklen, 1994; Polit et al., 2004; Fortin, 2009). Os participantes assinaram um termo de consentimento informado para a realização da entrevista e gravação da mesma em suporte áudio (Anexo 6).

O direito à privacidade foi garantido através da confidencialidade dos dados obtidos. Dada a natureza do estudo, é impossível que o investigador desconheça a proveniência dos dados de natureza qualitativa, no entanto, no sentido de assegurar o anonimato dos mesmos, foi criado um sistema de codificação dos participantes, em que apenas o investigador principal conhece a relação entre os dados e o participante. Ainda no sentido de assegurar estes princípios, os ficheiros áudio das entrevistas foram destruídos após termos terminado o relatório da investigação.

No que respeita à recolha de dados de natureza quantitativa, também desenvolvemos procedimentos inerentes ao respeito pelo direito e capacidade dos enfermeiros decidirem por eles próprios participar no estudo. Os questionários integravam uma folha de informação aos participantes sobre o estudo, os objetivos do questionário e orientações sobre o seu preenchimento; os que foram entregues diretamente integravam um termo de consentimento informado que os enfermeiros participantes assinaram.

Os resultados do estudo foram apresentados nos CS envolvidos no mesmo e, além da divulgação inerente ao contexto académico em que se inscreve o programa de doutoramento, foram e serão difundidos em fóruns e publicações especializadas.

Parte II

RESULTADOS DA FASE EMPÍRICA

3. REPRESENTAÇÕES SOBRE A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Neste capítulo apresentamos e interpretamos os resultados relativos ao domínio «representações sobre SCE», nomeadamente no que respeita às conceções, perceções e apreciações dos participantes que emergiram neste âmbito.

A presentação e discussão dos resultados foi feita em simultâneo, organizando-se o discurso de modo a facilitar a sua compreensão, optando-se por apresentar os temas, as categorias, as subcategorias e dimensões que emergiram da análise.

Relativamente a este domínio, da análise do discurso produzido pelos participantes, emergiram os temas «**conceito de SCE**», «**SCE como processo**» e «**importância da SCE**» (fig. 4).

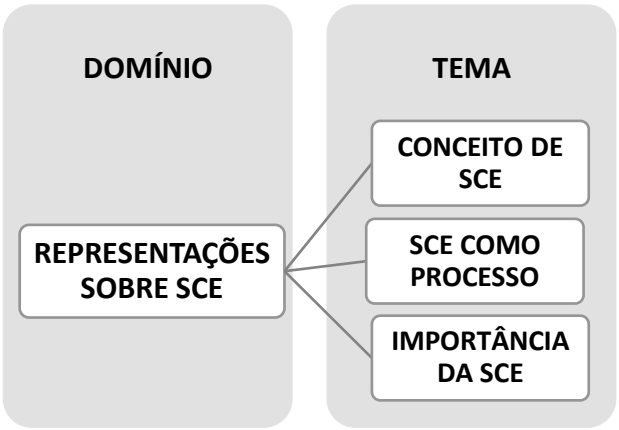


Figura 4 - Representações sobre SCE: temas resultantes

3.1. O CONCEITO "SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM"

O primeiro tema a emergir das representações dos participantes sobre a SCE foi «**conceito de SCE**», face ao qual foram identificadas três categorias, respetivas subcategorias e dimensões: a categoria «**conhecimento sobre SCE**», que tem como subcategorias «tradição de SCE» e «formação em SC»; a categoria «significado da SCE», que tem como subcategorias «observar», «vigiar», «avaliar», «ajudar» "«tirar dúvidas», «*feedback* negativo» e «subordinação» e, como dimensões, «***significado positivo sobre SCE***» e «***significado negativo sobre SCE***»; e ainda, a categoria «alteração do termo

supervisão»", que remete para a alteração do conceito "supervisão clínica em enfermagem" (fig. 5).

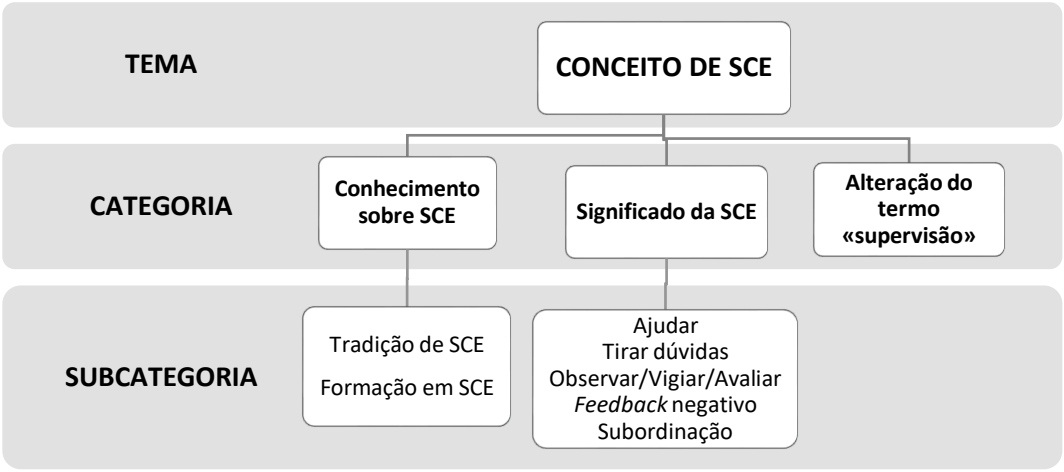


Figura 5 - O conceito de SCE: categorias e subcategorias

3.1.1. CONHECIMENTO SOBRE "SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM"

Da análise do discurso dos participantes ficaram evidentes as dúvidas e o conhecimento vago sobre a SCE, donde emergiu a categoria «**conhecimento sobre SCE**».

> *Eu não sei muito bem o que é a SC.* ***E11CH****; Do que é SC, tenho uma vaga ideia (…). Possivelmente até será benéfica, mas ainda não entendo bem o que é a SC.* ***E8CH***

O discurso mostra que, de facto, os participantes apresentavam dúvidas e, conhecimento vago sobre a SCE, dados que são corroborados pelo estudo de Tavares (2013) que revelou que alguns enfermeiros demonstravam um total desconhecimento sobre a SCE, referindo-se apenas à supervisão de estudantes de formação inicial ou pós-graduada. Outros, embora já conhecessem alguns aspetos inerentes ao conceito, ainda apresentavam confusão, dúvidas, incertezas que a autora atribui ao facto de ser um conceito relativamente recente na enfermagem, ainda que com práticas ancestrais – "tradição", identificando necessidade de formação dos enfermeiros nesta área.

Não obstante, alguns estudos realizados em contextos com tradição em SC, também têm revelado alguma complexidade e confusão sobre a SC (Dilworth, Higgins, Parker, Kelly, & Turner, 2013; Martin, Kumar, & Lizarondo, 2017).

Verificámos que alguns dos participantes entendiam que desempenhavam algumas atividades de supervisão, no entanto não as denominavam como tal.

> *Nós às vezes supervisionamos-nos uns aos outros e não chamamos isso supervisionar.* ***E1VP***

De facto, os estudos de Dilworth et al. (2013) e Martin et al. (2017) apontaram que quando diferentes termos são usados para denotar um conceito, ou quando os termos são usados de forma intercambiável, a confusão surge sobre o próprio conceito.

Outro participante referiu desempenhar algumas atividades, que embora fossem próprias da supervisão, não as conseguia identificar como tal.

> *Não, tenho responsabilidade na SC de colegas, (…). Na integração de colegas já participei várias vezes, mas na supervisão não.* ***E3RP***

Neste sentido, um dos participantes referiu mesmo que, não se sabendo o que era a SCE, os enfermeiros não conseguiam identificar as atividades que lhe são próprias, ou seja, não conseguiam estabelecer uma relação entre o conhecimento e a prática supervisiva.

> *Uma pessoa, não tendo aquela noção básica do que é SC, também não pode associar determinadas coisas que se fazem nesse sentido.* ***E2CH***

As práticas de supervisão não são recentes, corroborando a ideia que há "tradição". Sendo originalmente desenvolvidas no contexto do trabalho social, dos cuidados de saúde mental e psicoterapias tradicionais, a partir dos anos noventa tem vindo a ser implementada na área da enfermagem, o que muito se deve a políticas de suporte profissional instituídas após acontecimentos trágicos envolvendo más práticas profissionais, como aconteceu no Reino Unido com o caso Beverly Allitt e mais recentemente outros casos na Austrália (DoH, 2000; Yegdich, 2001; White & Winstanley, 2006; Abreu, 2007).

O caso de Allitt originou a morte e atentados à integridade de crianças internadas numa unidade pediátrica, por parte de uma enfermeira, horrorizou a sociedade, que se mobilizou exigindo a definição de políticas que fomentassem o apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde, no sentido de que acontecimentos desta natureza não se repetissem. Em 1993, o Department of Health, publicou o documento "*Vision for the Future*", o qual incluía um conjunto de políticas que tinham como pressuposto a implementação de processos de SCE, que era entendida como:

> *É fundamental para o processo de aprendizagem e para o desenvolvimento da prática e deve ser visto como o meio para incentivar autoavaliação e competências analíticas e reflexivas* (DoH, 1993, p. 15).

A SCE passa, assim, a ser considerada fundamental e imprescindível no sentido de promover práticas de qualidade e segurança dos utentes.

Embora a análise da evidência científica nos permita dizer que a SCE entrou decisivamente no vocabulário e nas práticas de contextos de saúde de países anglo-saxónicos, dos Estados Unidos da América, Austrália, Nova Zelândia, e até em Portugal. Na realidade, no nosso país, a abordagem da problemática da SCE ainda está muito circunscrita ao domínio discursivo, sem implementação na prática, não obstante na última década ter vindo a ser considerada um elemento estratégico das políticas qualidade definidas, inclusivamente pela OE, esta é uma realidade transversal a outros países, pois como referem dois dos grandes investigadores na área, White e Winstanley (2006), considera-se que, apesar das políticas favoráveis por parte dos sistemas de saúde e dos esforços desenvolvidos nos espaços de ação, a SCE continua pouco desenvolvida.

De certa forma, verifica-se que a discussão em torno desta problemática é relativamente recente, desenvolvendo-se a ritmos diferentes nos diferentes países, sendo que, em Portugal, o debate emergiu mais aprofundadamente no início do séc. XXI, fruto de iniciativas de certificação da qualidade, do trabalho desenvolvido pela OE e de desenvolvimentos académicos, não se tendo ainda passado para a sua adoção/implementação de forma sistemática para os contextos da prática (Pires, 2004; Abreu, 2007; OE, 2010).

Acreditamos que estes são alguns dos aspetos que podem justificar da necessidade dos participantes na clarificação do conceito de SCE, pois, para alguns, o primeiro contacto com o debate sobre a problemática ocorreu no decurso desta investigação, o que pode ter a ver com o facto de ainda não termos implementados no nosso país programas efetivos de SCE, principalmente no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, daí que os enfermeiros ainda não se tivessem envolvido em profundidade nesta reflexão.

> *Eu sobre supervisão clínica não sei nada! Só o que li da ordem! Mas é um tema que até gostávamos de trabalhar. Nunca trabalhámos este tema porque temos sempre muitas coisas para trabalhar, para implementar. Aqui nos centros de saúde tentamos inovar (…) temos sempre muitas coisas para trabalhar e para implementar. Agora temos outros temas também importantes, … e nós temos que selecionar as formações. Vamos assistir às formações conforme a nossa necessidade! (**E7CH**, N3, notas de campo, abril de 2011)*

No entanto, num momento em que se discute a implementação da SCE nos nossos serviços de saúde, é importante que os profissionais e organizações tenham em conta a importância de diligenciarem o contacto com conhecimento produzido na área, e, fundamentalmente, esclarecerem bem o que é, e em que consiste, impedindo que se

construam ideias erróneas que resultem em barreiras à SCE, tal como referem Cheater e Hale (2001), sobre a existência de preconceitos e equívocos sobre SCE.

Identificámos como uma das subcategorias de «**conhecimento sobre SCE**», a «tradição de SCE». A convivência, familiaridade com práticas efetivas de SCE podem constituir um contributo para a construção do conhecimento nesta área. No entanto, como ficou evidente no discurso dos participantes, estes não tiveram contacto com práticas sistematizadas de supervisão, o que não lhes permitia conhecer, compartilhar, transmitir ou divulgar tal saber; quando as explicações lhe pareciam insuficientes.

> *Eu, sobre SC nunca ouvi falar, a não ser a colega [investigador]! A colega foi a primeira pessoa a quem ouvi falar de SC.* ***E8CH***
>
> *Vocês explicaram sobre isto da SC, eu já li (…), mas ainda não percebi muito bem como é que isso da SCE funciona! Como é que isso funciona!? Mas estou curiosa! não percebo bem, mas vamos ver!" Nós não sabemos realmente o que é a SCE, não temos nenhuma experiência sobre isso, nunca vimos, não sabemos como funciona. O maior problema é não saber como funciona! Nós até lemos, mas não é a mesma coisa de ter a experiência de fazer ou até de ouvir alguém que faz isto na prática do seu dia-a-dia. (****E15CH****, N2, notas de campo, abril de 2011)*

Acreditamos realmente que, em grande parte, as dificuldades de conhecimento em torno da SCE, estão inerentes à falta de convivência, de experiências práticas nesta área sendo que, para alguns enfermeiros, o primeiro contacto com a discussão sobre a temática ocorreu no decurso da investigação. das dificuldades socio-clínicas referida pelos enfermeiros foi a pouca familiaridade com a SCE, o que também é corroborado pelo estudo de Tavares (2013) que atribui a confusão, dúvidas e incertezas em torno da SCE ao facto de ser um conceito relativamente recente na enfermagem.

Quanto à subcategoria «formação em SCE», ficou evidente no discurso dos participantes que a formação sobre a temática ajudou à compreensão da mesma.

> *A ideia que tinha de SC (…) estava relacionada á orientação de alunos. Com a formação percebo que [SC] também tem relação à clínica, tem a ver com a nossa prática (…).* ***E14VP****; A minha ideia inicial sobre SC era aquilo que diz a palavra "supervisão", a palavra supervisão seria supervisionar alguém, mas com um sentido mais negativo. Mas não é! Daquilo que percebi, com a formação, fiquei com a ideia que a SC é uma questão de orientação, de termos alguém que nos oriente a nível do serviço, dos cuidados, termos alguém em que caso tenhamos dúvidas sobre a prática nos possa esclarecer, orientar e ajudar.* ***E9VP***

Tavares (2013) refere que a falta de conhecimento em torno da SCE suscita, por parte dos enfermeiros, a necessidade emergente de formação nesta área, que lhes permita compreender os contributos da mesma para a excelência da profissão, o que é comprovado por Reis Santos, Pires e Sardo (2011), referindo que o investimento na

formação em SCE é imprescindível, no sentido de assegurar um caminho sólido na qualidade da formação e do exercício profissional.

A ação educativa é uma forma de "ação social", entendida por Weber (cit. por Arroteia, 2008, p. 17) como "um comportamento humano (…), uma atitude interior ou exterior, voltada para a ação ou para a abstenção", relacionada também com o comportamento de outras pessoas; um tipo de ação entendida como uma tarefa dinâmica de desenvolvimento das potencialidades sociais. No domínio da formação profissional dos enfermeiros, a ação educativa remete para diferentes tipos de iniciativas, incluindo as de natureza formativa, as quais podem ser conduzidas por diferentes entidades, inclusivamente pelo poder central, no âmbito do ministério da tutela e serviços centrais dependentes, tomando por exemplo as administrações regionais de saúde, ou pelas próprias organizações de saúde, no sentido da melhoria dos serviços e de responder aos desafios do desempenho organizacional, através do desenvolvimento das competências dos colaboradores, da sua motivação e o seu envolvimento na gestão da mudança.

A realização da formação em SCE, nos CS em estudo, partiu da identificação de oportunidades de desenvolvimento nesta área, mas também se constituiu como pretexto para o início da relação entre o investigador e o contexto, onde se procurou que os participantes tivessem um papel de parceiros, no sentido da sua participação e envolvimento no planeamento da mudança, da construção do programa de SCE. Acreditamos que cada um dos enfermeiros participantes do estudo, enquanto seres ativos realizam-se através de tarefas que, alterando o ambiente, modificam-se a eles próprios (Arroteia, 2008).

Procuramos através desta ação formativa, implementar mediações que ajudassem a dar sentido às experiências dos participantes, incitando a um processo reflexivo com o qual procurassem nas suas experiências de trabalho pontos de toque com a SCE "*…para que a experiência se converta em saber,* [fazendo] *do exercício de trabalho objeto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão diretamente implicados*" (Canário, 1994, p. 27; D´Espiney, 1997). Neste sentido, percebemos que, através deste processo ora formativo, ora reflexivo, os participantes foram construindo conhecimento que lhes permitiu um melhor entendimento e vinculação ao "fenómeno".

3.1.2. SIGNIFICADO ATRIBUÍDO A "SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM"

Face à categoria «**significado da SCE**», identificaram-se sete subcategorias que estão intimamente relacionadas com o significado que os participantes atribuiram à SCE. Estas subcategorias aportam no «***significado positivo da SCE***» e no «***significado negativo da SCE***» conferindo um duplo dimensionamento a esta categoria (fig. 6.).

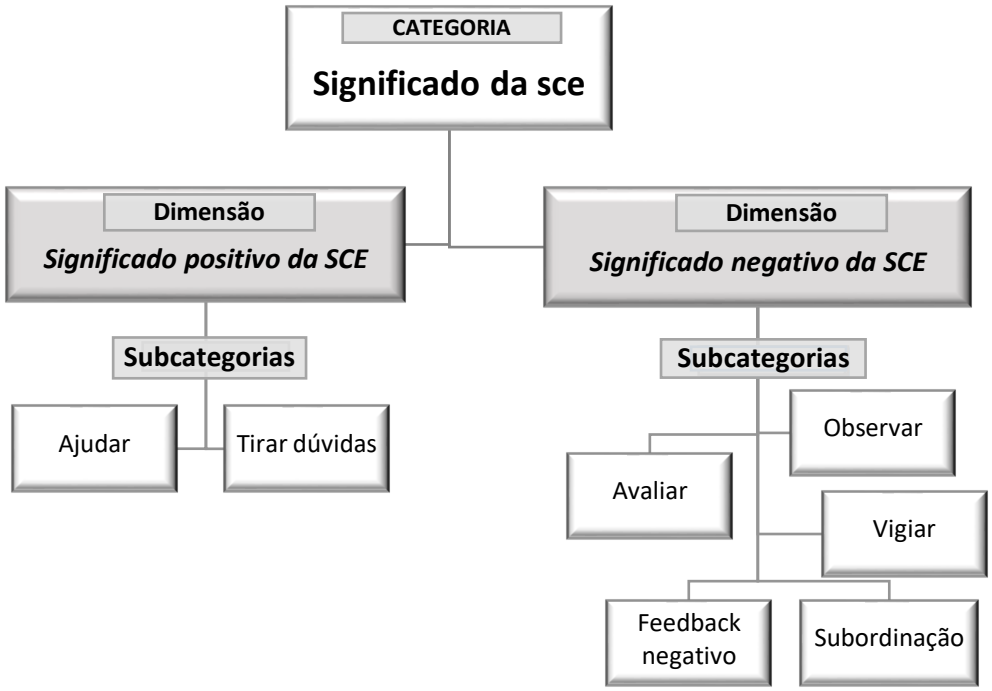


Figura 6 - Significado da SCE: dimensões e subcategorias

No discurso dos participantes identificou-se uma dimensão positiva da SCE «***significado positivo da SCE***», que fica evidente nas subcategorias: «ajudar» e «tirar dúvidas». As perceções positivas da SCE expressas pelos enfermeiros estão associadas à facilitação da aquisição de conhecimento e à ajuda profissional.

> *Vejo a supervisão uma coisa positiva para o nosso desenvolvimento profissional.* ***14VP****; Para mim a supervisão só tem aspetos positivos.* ***E16VP****; SC pode ajudar a ser natural discutir sobre os cuidados, sem se julgar a pessoa por não ter conhecimentos. Ter uma pessoa à retaguarda que está sempre disponível para nos tirar dúvidas sem julgar, como sendo uma coisa normal para o nosso crescimento profissional. (…) Sim, a SC não é para penalizar, para julgar, se não temos conhecimentos. Nesse aspeto, porque como estamos a tirar dúvidas com o supervisor não é avaliação, senão ia haver aí uma disputa e era mau para a equipa.* ***E3VP****; (…) a supervisão consiste então na ajuda à orientação do trabalho dos profissionais.* ***E5RP***

São muitos os estudos que têm vindo a apontar para os aspetos positivos da SC, até porque a sua notoriedade aumentou a partir da década de 1990, como um dos métodos de apoio ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros em que o supervisor proporciona um relacionamento supervisivo onde o supervisado tem oportunidade de refletir, analisar criticamente e avaliar a sua prática cotidiana, o que, por sua vez, facilita o seu desenvolvimento profissional (White et al., 1998; Hirkäs, Lehti, & Paunonen-Ilmonen, 2001; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; White & Winstanley, 2010).

Num dos maiores estudos realizados, Butterworth et al. (1997) verificaram uma resposta extremamente positiva dos enfermeiros relativamente à SCE, referenciando-a como uma oportunidade estruturada para falar de forma significativa e refletir conjuntamente com um colega de confiança - o supervisor - sobre as suas práticas e circunstâncias de trabalho.

No que respeita ao «***significado negativo da SCE***» que os participantes atribuíram à SCE, este é evidenciado nas subcategorias: «observar», «vigiar», «avaliar», «*feedback* negativo» e «subordinação».

As perceções negativas sobre a SCE são evidenciadas pelo discurso dos enfermeiros:

> *A SC é entendida como uma coisa negativa.* ***E2RP****; Não sei, se calhar entendemos mais por andarem ali a controlar ou à nossa sombra, mas no sentido negativo.* ***E4RP****; A minha ideia inicial sobre SC era aquilo que diz a palavra "supervisão", (…) seria supervisionar alguém, mas com um sentido mais negativo.* ***E9VP****; Custa um bocadinho, as pessoas associam muito a conotação negativa que atribuem, (…). Eu acho que não é boa para a atividade (…) na realidade vão estar sempre com a conotação negativa da palavra "supervisão".* ***E5RP***

Em 2003 e 2004, no decurso de um estudo que realizámos sobre a SCE (Pires, 2004), davam-se em Portugal os primeiros passos na produção científica nesta área, principalmente em contextos académicos. Neste trajeto os investigadores confrontavam-se com algumas dificuldades nos seus percursos, muito por via da conotação negativa associada ao próprio termo "supervisão clínica em enfermagem". Por um lado, a "supervisão clínica" suscita dúvidas e "ruídos" devido ao termo "supervisão" ser associado às funções do "enfermeiro supervisor", categoria profissional bem determinada na carreira de enfermagem, com responsabilidades na área da gestão.

Garrido et al. (2008) também afirmam que "*o termo supervisão suscita alguma apreensão, pois e, frequentemente, associado a ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante politicas e procedimentos pré-definidos. Nas formas tradicionais de supervisão, o supervisor planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade, para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática tradicional de supervisão perdurou, durante muitos anos, em muitas áreas profissionais,*

inclusive na enfermagem, anulando a iniciativa e produtividade das pessoas, reduzindo-as exclusivamente a peças de uma engrenagem" (p. 14).

No entanto, volvida mais de uma década sobre o início do debate sobre a SC, nos estudos de Tavares (2013) e Vieira (2014), ainda fica patente a conotação negativa que os enfermeiros, em Portugal, atribuem à SC.

Neste sentido, as representações sobre o conceito "supervisão" [6] (de super+visão) encerravam as definições disponibilizadas pelo dicionário da Porto Editora (versão *online*) (2015), remetendo para o "*ato ou efeito de supervisionar, coordenar ou inspecionar*", apesar de, como refere Sá-Chaves (2000), estarmos perante uma definição que envolve um conjunto de hipóteses que não são equivalentes, pois correspondem a processos cognitivos e procedimentos muito distintos, dada a diferenciação de objetivos e funções que lhe estão associados.

Relativamente ao ato de supervisionar, com frequência acentuam-se os pressupostos de direção, orientação, coordenação ou inspeção, em que o elemento de formação de palavras "super" aponta para que tais ações sejam realizadas a partir de uma posição superior.

De facto, os participantes percecionaram que a SCE encerra atividades de "observar" e de "vigiar" o trabalho do supervisado, o que nem sempre era visto pelos participantes como um aspeto positivo, tal como se pode constatar no discurso:

> *Para mim SC é tudo o que envolve a vigilância.* ***E15CH****; (…) é uma vigilância, uma observação mais próxima do trabalho dos enfermeiros; (…).* ***E13VP****; (…) reflete um bocado que é estar de "olho" em alguém.* ***E1RP****; Supervisão enquanto visionar aquilo que alguém está a fazer no sentido de inspeção.* ***E5RP****; Fico de pé atrás! Uma pessoa sentir-se constantemente observada, ou saber que a qualquer momento há ali alguém a observar-me mexe comigo! (…) ainda me mete um bocadinho de confusão pensar nisso assim, em estar uma pessoa com a responsabilidade de me observar. (…).* ***E4CH****.*

São muitos os autores que consideram que apesar dos vários propósitos válidos e positivos da SCE, continuam a prevalecer significados negativos acerca da mesma (Koivu et al., 2011). Cross, Moore e Ockerby (2010) vão mais longe, afirmando que existe um certo ceticismo e desconfiança por parte de alguns enfermeiros quanto à intenção da SCE, o que vários autores referem resultar em comportamentos de resistência para com a SCE. Os mesmos autores referem ainda que este facto pode estar ligado com a utilização comum da palavra "supervisão" com o significado de observar, inspecionar e controlar, o que se torna algo intimidatório, tal como já verificaram Pires (2004) e Tavares (2013), em estudos realizados no nosso país.

[6] Supervisão – 1. Ato ou efeito de supervisionar, coordenar ou inspecionar. 2. Função de supervisor (Porto Editora, 2015)

No entanto, não podemos deixar de referir que, efetivamente, a SC envolve observação e vigilância, pois como refere Holloway (1995) supervisionar é "vigiar", ver o trabalho do outro com olhos de clínico experiente, o professor sensível, o profissional distintivo, com base no qual o supervisor mobiliza as estratégias adequadas para proporcionar ao profissional oportunidades e condições de aprendizagem e desenvolvimento do processo de cuidar, articulado e modelado pelo supervisor, com base numa relação supervisiva assente no apoio do supervisado.

Contudo, face à produção do discurso, verifica-se que este aspeto ainda envolve perceções pouco esclarecidas relativamente ao objetivo e papel da observação/vigilância no contexto da SC, o que se deve à falta de informação sobre os objetivos da SC, mas também a influências, inclusivamente, culturais, conducentes a perceções mais ou menos positivas acerca do conceito "vigiar" e que necessitam de ser objeto de clarificação nos respetivos contextos.

Na sequência da exposição parece-nos compreensível que tenham emergido da análise as subcategorias «avaliar» e «*feedback* negativo», pois como como podemos verificar no discurso dos participantes, é evidente a associação que faziam da SCE à avaliação e ao *feedback* negativo fornecido pelo supervisor.

> *O supervisor tem que fazer uma avaliação [do supervisionado]. (…) no sentido de o orientar.* ***E13CH****; (…) pode a pessoa não estar a executar as práticas da melhor forma, e temos a tal supervisão, a observação (…) A pessoa [supervisor] vai estar atenta a ver se ele [supervisionado] faz as técnicas corretamente, se tem aqueles cuidados todos para, também, depois podê-lo avaliar.* ***E1RP****; Existem entrevistas para quando se vir que o elemento não está a ter boas práticas poder discutir (…) há coisas que falham, por isso é que existe a supervisão! É importante porque o ser humano tem falhas! E há que culminar essas lacunas.* ***E1CH****; [SC] é uma pessoa sentir-se constantemente avaliada (…) avaliar constantemente, mas pronto (…).* ***E4CH****; (…). No fundo supervisão é isso, supervisionar é avaliar, ver o que eles fazem, se está bem, se está mal, o que se pode melhorar, o que se pode alterar, se tem resultados se não tem.* ***E8CH***

Do estudo realizado por Milne (2007, p. 439), emergiu uma definição de SC que aponta para estes aspetos, ou seja, a SC é entendida pelos autores como a provisão formal, por parte dos supervisores aprovados, de uma relação baseada na educação e treino dos supervisados, relação esta que é gerida com enfoque no apoio, desenvolvimento e avaliação do trabalho do(s) colega(s), o que o autor denomina por "precisão".

Dixon (2004) e Gallon (2005), referindo-se à variedade de definições no âmbito da SC, justificando que as diferenças entre elas refletem os aspetos da disciplina em que é desenvolvida, e respetivo foco do autor, salientam que as definições de Bernard e Goodyear (1998) e de Powell e Brodsky (2004) têm vindo a ser amplamente aceites na área do aconselhamento:

> *A supervisão é uma intervenção fornecida por um membro sênior de uma profissão a um membro ou membros juniores dessa mesma profissão. Esta relação é avaliativa, estende-se ao longo do tempo e tem os propósitos simultâneos de aprimorar o funcionamento profissional do (s) membro (s) júnior, monitorizando a qualidade dos serviços profissionais oferecidos aos clientes … e servindo como um "gatekeeper" daqueles que vão entrar na profissão* (Bernard & Goodyear, 2014, p. 46).

> *A supervisão clínica é um processo disciplinado e tutorial em que os princípios são transformados em competências práticas, com quatro focos sobrepostos: administrativo, avaliativo, clínico e de apoio.* (Powell & Brodsky, 2004, cit. por Gallon, 2005, p. 1)

Verificamos que nas definições destes autores fica evidente o enfoque da SC numa componente avaliativa, a qual parece não representar um aspeto negativo, até porque se referem ao facto das definições serem "amplamente aceites", sendo a SC apontada como um processo disciplinado, que enfatiza o desenvolvimento e eficácia do supervisado, através de mudanças positivas no seu conhecimento, atitudes e habilidades, em que este e o seu supervisor sabem que o segundo só irá intervir para melhorar o desempenho do primeiro, não sendo desnecessariamente crítico ou arbitrário (Gallon, 2005).

Holloway (1995), numa análise ao papel da avaliação no contexto da SC, referiu que cedo se percebeu que a as funções de avaliação e educação deviam ser separadas, embora alguns teóricos reconhecessem que a avaliação era uma componente importante da função educativa/formativa da SC (Bernard & Goodyear, 1998).

Em 1972, Mueller e Kell (cit. por Holloway, 1995), referiram que o supervisor avalia continuamente o supervisado, com uma função e papel formativos, acrescentando Holloway (1995) que os supervisores clínicos estão na melhor posição para avaliar o desempenho do supervisado, pois têm conhecimento direto do seu desempenho e competências profissionais.

Numa definição muito lata de SC direcionada para a enfermagem, Kron (1983, p. 114) também integrava a o conceito de avaliação:

> *"…a supervisão é planeamento, direção, orientação, ensino, observação, estímulo, correção, elogio e avaliação, continuamente, a todos os trabalhadores, com paciência, tato e justiça, de modo que cada um possa fazer o seu trabalho e prestar assistência de enfermagem habilmente, seguramente, corretamente e completamente, segundo as suas capacidades, tendo presentes as limitações do seu trabalho".*

No entanto, salienta-se que grande parte dos teóricos comunga da opinião de que a supervisão relacionada com competência e eficiência é essencialmente uma orientação da gestão, onde a aproximação com ênfase nos recursos, orientação de mercado e avaliação da qualidade dos cuidados, entra em conflito com a abordagem de desenvolvimento profissional (Kelly, Long, & McKenna, 2001). Northcott (2000) vai mais longe referindo que o uso de avaliação para controlar os enfermeiros era uma razão forte para o seu insucesso, pois é improvável obter êxito através do controlo deliberado ou dissimulado sob a forma de avaliação, contribuindo até para inibir o desenvolvimento profissional. A contradição fundamental dos dois propósitos, controlo e desenvolvimento, indicia que eles possam ser mutuamente exclusivos, pelo que, devem ser separados nas estratégias de administração de desempenho da organização.

Neste sentido, podemos afirmar que, na atualidade, a avaliação ainda é um dos assuntos mais críticos em torno da SC.

Milne (2007) refere, ainda, que os principais métodos que os supervisores usam são o *feedback* corretivo sobre o desempenho/*performance* do supervisado, o ensino e o estabelecimento de metas colaborativas, o que denomina de "especificação", considerando que é na incorporação desta componente avaliativa que a SC difere de atividades relacionadas, como *mentoring* e *coaching*, o que denomina de "precisão de diferenciação".

Embora já se note nos discursos acima alguns apontamentos que relacionam o *feedback* negativo à avaliação que os participantes associaram ao processo de supervisão, temos dois participantes que clarificaram um pouco mais este aspeto.

> *Se a gente vê uma prática menos eficaz, tenta dar uma opinião, mesmo negativa, penso que isso é que é supervisão.* ***E15CH****; Se [o supervisor] vê a fazer alguma coisa incorreta chama à atenção.* ***E1VP***

De facto, estas problemáticas inerentes à supervisão têm sido sistematicamente debatidas na literatura. Inskipp e Proctor (2001) descrevem a supervisão como uma aliança de trabalho em que o supervisor, entre outros aspetos, facilita *feedback* e orientação ao supervisado, no sentido deste desenvolver as suas competências de forma apropriada, percebendo-se que este feedback pode envolver os aspetos mais positivos ou negativos, inerentes às práticas do supervisado, o que é corroborado por Milne (2007), quando refere que os principais métodos que os supervisores usam é o *feedback* corretivo.

Por sua vez, num estudo levado a cabo por Cheater e Hale (2001) o grupo de enfermeiros participantes refere a existência de preconceitos e equívocos relativamente à SCE, por parte de alguns dos seus colegas de trabalho, em que esta seria apenas aplicada em casos de baixa performance como forma de inspeção e retaliação. Estes consideraram a

necessidade de esclarecer bem o conceito de SCE junto dos enfermeiros, assim como de promover a afirmação desta como relevante para a prática de enfermagem, na tentativa de que ideias e significados erróneos não resultem em barreiras à SCE.

Se os aspetos acima refletidos envolvem aspetos algo negativos que os participantes imputam à supervisão, os quais estão associados ao próprio termo, também com uma conotação de natureza negativa emerge a ideia «subordinação» aplicada à supervisão clínica, como se verifica no discurso:

> *Portanto será alguém que vai estar atento a como é que um enfermeiro que está hierarquicamente sobre a influência dessa pessoa (…).* ***E1RP****; Eu considero que a supervisão também parte do papel de chefe! Por isso é que se calhar recorro a ela nesse aspecto. (…) É uma parte das funções de chefe.* ***E6RP****; A palavra supervisor é uma palavra que está conotada com chefias, com muita autoridade. (…) A supervisão tem que ser feita de cima para baixo, nunca ao mesmo nível.* ***E8VP***

Conforme a declaração de princípios do United Kingdom Central Council (1996), a SC não poderia ter carácter de subordinação hierárquica, onde era salientado que esta não devia ser confundida com controlo administrativo ou avaliação de desempenho, consistindo num processo distinto da supervisão administrativa, apoiando-se numa visão diferente. A SC era entendida uma forma de apoio clínico e profissional, em que o supervisor clínico deveria ser indicado por quem necessitava ser apoiado nas suas práticas, não devendo ser designado diretamente pela organização.

Neste âmbito, parece-nos pertinente, desde logo, refletir sobre a definição de "supervisor", tomando por referência Sá-Chaves (2000), para quem o conceito não remete apenas para aquele que supervisiona mas, também, aquele que orienta e aconselha.

Apesar da dispersão semântica nos apontar para perspetivas de supervisão que vão das intenções mais rígidas de inspeção e direção, às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e aconselhamento, verifica-se que a própria dispersão semântica conduza a diferentes perceções e práticas de supervisão, das mais inspetivas às orientadoras, prevalecendo, sob o nosso ponto de vista, enraizadas na nossa cultura, práticas de supervisão mais próximas do polo inspetivo, até pelas perceções dos participantes, o que justifica a conotação negativa que atribuem ao conceito.

Apesar de Alarcão e Tavares (1987) também apontarem para que as representações associadas à supervisão encerrem relações de independente-subordinado, professor-aluno, avaliador-avaliado, experiente-inexperiente ou fiscal-fiscalizado, os autores entendem que estas devem ceder lugar a uma representação que ponha em relevo "*…características, comportamentos e atitudes de entreajuda entre colegas, num processo em que se procuram atingir os mesmos objetivos, ainda que em planos diferentes: o seu*

desenvolvimento humano e profissional como um fator importante de competência para poder intervir de um modo mais eficiente" na formação (p. 69).

Na realidade, não obstante nos países anglo saxónicos a tónica do debate sobre a SCE esteja centrado na prática, no suporte emocional, formação e desenvolvimento profissional, nos EUA, este conceito encontra-se mais estritamente definido, visto que se refere a um relacionamento entre um superior e o supervisado, não sendo propriamente uma relação de igualdade, nem necessariamente um indicativo de relacionamento entre pares ou colegas, mas sim, de responsabilidade sobre a *performance* do supervisado (Cutcliffe & Lowe, 2005).

A relação entre a SCE e a supervisão enquanto processo com dependências hierárquicas e administrativas, também foi discutida por Cottrell (2001) e Darley (2001), em que ambos os autores defendem que existem, a nível conceptual e empírico, interconexões entre ambas, embora não sejam processos isomórficos. No Reino Unido, o NHS, em alguns documentos relativos às políticas e *guidelines* de SCE continua a destacar a importância de distinguir este de outros processos, principalmente quando envolvem as relações hierárquicas e avaliação, tomando por exemplo o do Birkenhead and Wallasey, Primary Care Trust [PCT] (Freeman, 2005-2006).

Por sua vez, o termo "clínico" também levantava algumas questões, na medida em que estava enraizada a compreensão de que este estava associado às práticas de outros profissionais de saúde, como é o caso dos médicos (Pires, 2004). Em 1998, Bond e Holland também referiam que o termo "clínico" ainda criava alguns incómodos, pois nem sempre era entendido como área de intervenção de todos os profissionais de saúde, não sendo muito própria dos enfermeiros, sendo um tema desconfortável para muitos profissionais de saúde, na medida em que podiam acreditar que ele fosse incorporado num modelo de abordagem médica, podendo obscurecer uma visão mais crítica das complexidades e contexto mais amplo da prática, bem como a competência mais ampla e mais importante do pessoal e desenvolvimento profissional (Bond & Holland, 2010).

Hoje, apesar de ser nosso entendimento que ainda possam persistir algumas destas perspetivas, julgamos que, neste sentido, se conseguiu a clarificação do conceito, quer por via da produção científica na área, quer por via da discussão promovida, também pela OE, o que facilitou, em Portugal, um entendimento mais positivo sobre o conceito. No entanto, percebe-se, até pelo discurso dos participantes, que ainda persistem ideias/significados negativos sobre o conceito, muito por via dos contornos pouco claros em torno do processo, que, muitas vezes, por não ser experienciado, encerra receios, ideias erróneas e perceções negativas.

Lançando um outro olhar sobre a questão, apesar das evidências apontarem para que a maioria das perspetivas da SCE sejam favoráveis, há, no entanto, estudos que têm vindo a apontar para resistências à sua implementação e conotações negativas sobre a mesma. Neste âmbito, Bond e Holand (1998) e Bishop (1998) começaram por assinalar que a existência de um grande número de definições e conceitos de SCE, embora nenhuma amplamente aceite, contribuía para um grau de flexibilidade que servira para diluir a essência da supervisão clínica e para confundir, ainda mais, a nossa e outras profissões e os utentes em geral, o que concorre, em si mesmo, para a confusão e conotação negativas que lhe estão associadas. No entanto, Hawkins e Shohet (1996) já se tinham referido a certos perigos e armadilhas que a supervisão encerrava, entre os quais salientavam a manifestação da superioridade por parte do supervisor, a intensificação da impotência do supervisado e a competição.

3.1.3. ALTERAÇÃO DO TERMO «SUPERVISÃO»

Apesar de White e colaboradores (1998) constatarem uma perceção global positiva para a SCE, já identificavam relatos de algumas dificuldades na sua implementação, inclusivamente pela adequação e credibilidade "duvidosas" dos supervisores. Por sua vez, Sloan (2006) vem reforçar a ideia de Pllat-Koch (1986) de que, para muitos enfermeiros, a SCE tem conotações negativas associadas a controle e direção, sendo importante que as diferenças e complementaridade entre SCE e avaliação de desempenho sejam identificadas e clarificadas.

Apesar da fase incipiente da discussão da problemática no contexto em estudo, alguns dos participantes manifestaram também algumas destas conceções, sugerindo até, a substituição do termo "supervisão" por um termo menos sugestivo de direção, o que justificou a identificação da categoria «**alteração do termo supervisão**».

> *Acho que o termo que deveríamos utilizar deveria ser orientação clínica em enfermagem, porque acho que em termos do que significa na raiz da palavra, orientar seria mais aquilo que vem de encontro ao que nos explicou que era a supervisão clínica em enfermagem. (…). Mas gostaria mais do nome orientação clínica em enfermagem, acho que seria mais adequado. (…). Acho que o supervisar dá uma conotação negativa ao conceito e àquilo do que seria a atividade.* ***E5RP****; A palavra supervisor é uma palavra que está conotada com chefias, com muita autoridade. Se calhar, se lhe chamassem uma comissão qualquer, outro nome qualquer, era melhor. Se calhar é a palavra "supervisor" que ainda está muito conotada com as chefias, com autoridade.* ***E8VP***

No estudo de Cross et al. (2010), os participantes advogaram ser preferível dar à SCE um nome mais ligado ao suporte à atividade clínica e reflexão.

White e Winstanley (2006) referem que na Austrália, o processo de implementação de SCE estava condicionado devido a permanecerem algumas desconfianças sobre o processo de supervisão e que, a este respeito, a SC ainda poderia estar a ser confundida com a supervisão da gestão. Por sua vez, Abreu (2007) refere que, na área da saúde, o termo "supervisão" tem sido considerado, por vezes, vago ou demasiado abrangente, podendo reportar-se a situações completamente distintas, tendo-se, por exemplo, a supervisão de gestão, os processos de supervisão/orientação nas práticas de psicoterapia e a supervisão clínica em enfermagem.

Na realidade, a supervisão pode ocorrer em diferentes âmbitos e formatos, incluindo supervisão clínica, de gestão e *counselling* (aconselhamento). A supervisão clínica permite um enfoque em competências profissionais e aumenta o potencial de prestação de cuidados aos clientes. A supervisão de gestão foca-se na responsabilidade e monitorização do trabalho desenvolvido pela organização, enfatizando a conformidade com os aspetos administrativos e processuais do trabalho, usando formatos corretos para a documentação, e em conformidade com as políticas organizacionais. O aconselhamento está relacionado com a aquisição de habilidades e competências específicas no processo acompanhamento/supervisão profissional-cliente (Jones, 1999; Dixon, 2004; Gallon, 2005).

A supervisão clínica implica uma estrutura e processos que devem revestir-se dos princípios da prática reflexiva, para promover nos supervisados capacidades crítico-reflexivas. *Na gestão,* os supervisores têm a tarefa de dirigir e avaliar o trabalho dos profissionais duma organização, sendo as suas funções claramente definidas, as quais podem incluir recrutamento, delegação e monitorização do trabalho, intervindo como um agente de mudança dentro da organização, não sendo esperado que mantenha relações contínuas com colaboração em assistência clínica, social ou formação (Dixon, 2004). No aconselhamento, é dado ênfase às alterações dos comportamentos e desenvolvimento de capacidades do cliente, sendo o foco da supervisão a mudança de comportamentos e a aquisição de competências, ou seja, na supervisão em contexto profissional/formação, a ênfase da supervisão é centrada em ajudar a aprender, em como usar as capacidades e atributos (Dixon, 2004).

Acreditamos que algumas destas dificuldades e conceções, surgem principalmente da incipiência da implementação e experimentação das práticas de SCE, logo do seu ocultamento, pelo que nos parece prudente avocar a opinião de Butterworth e Faugier (1992), quando alertaram para a dificuldade de definir supervisão clínica quando o conhecimento neste domínio, à data, estava ainda num período precoce de

desenvolvimento, em países como o Reino Unido. O discurso de um dos participantes ilustra bem um dos fundamentos do significado negativo atribuído à SCE.

> *É muito limitador da autonomia dos enfermeiros [a SC]. A palavra, só o termo [supervisão clínica], porque as pessoas depois vão interpretá-lo à letra…O supervisor clínico aqui sou eu, quem controla sou eu, quem manda sou eu e faz-se como eu quero, e acho que vai-nos limitar um bocado, só por isso.* ***E8VP***

Contudo, salientamos que são vários autores que têm argumentado precisamente o contrário, que a supervisão clínica permite aos enfermeiros lidarem melhor com a mudança, com a natureza da prestação de cuidados de saúde, incluindo um maior ênfase na gestão clínica (Wood, 2004; Marrow, Hollyoake, Hamer, & Kenrick, 2002), a descentralização de tomada de decisão (Hyrkäs et al., 2003) e movimento em direção a cuidados de base comunitária (Magnusson, Lützén, & Severinsson, 2002).

3.2. A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMO PROCESSO

Da análise resultou que os participantes entendem a SCE como um processo, o que nos conduziu à identificação do tema «***SCE como processo***», do qual resultaram as categorias: «**formação e desenvolvimento profissional**»; «**interação e relação**»; e «**garante da qualidade e segurança dos cuidados**».

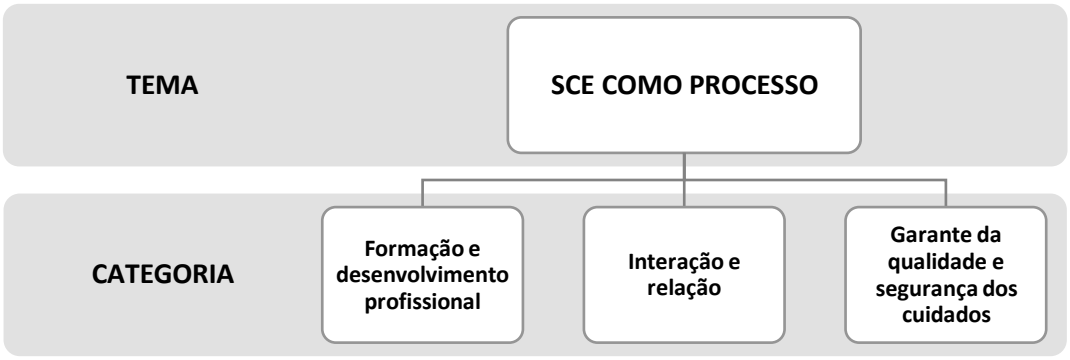


Figura 7 - Supervisão como processo: categorias

Relativamente ao tema em análise, salientamos, desde logo, o facto de alguns dos participantes entenderem a SCE como um processo:

> *É assim, para mim, supervisão clínica, digamos que é um processo (…) entre supervisor e supervisado.* ***E6CH****; (…) a supervisão é um processo (…).* ***E14CH***

O termo "processo"[7] refere-se ao método[8], sistema, modo de fazer uma coisa. Esta perspetiva dos participantes, de compreenderem que a SCE não é feita *ad hoc*, mas que exige um método para a sua operacionalização, é congruente com estudo de Tavares (2013), cuja autora refere que, apesar de pouco consciente, há a perceção de alguns enfermeiros de que a SCE pressupõe um processo.

De facto, a SC tem vindo a ser descrita na literatura como um processo, desde logo, pelo DoH do Reino Unido "*um processo formal de suporte e aprendizagem* (…)" (DoH, 1993, p. 15). Porém, desde o início do incremento da SC, vários outros autores se têm vindo a referir à SC como um processo, embora os conceitos possam variar (Fowler, 1996; Severinsson & Hallberg, 1996; Jones, 1998; Hyrkäs, Koivula, & Paunonen, 1999; Sloan, 1999; Yegdich, 1999; Severinsson, 2001).

De acordo com o estudo de Tveiten (2005), o que acontece no decurso do processo de SC pode ser denominado de pedagógico, conceito que, com a investigação produzida, tem vindo a incorporar elementos como: formação (Cutcliffe, Epling, Cassedy, & McGregor, 1998), aprendizagem (Fowler, 1996) ajuda na compreensão (Jones, 1998), desenvolvimento (Severinsson, 1996; Playle & Mullarkey, 1998), capacitação (Porter, 1997), didática (Severinsson & Borgenhammar, 1997; Severinsson, 2001), facilitação (Todd & Freshwater, 1999), transformação (Williamson & Dodds, 1999) e crescimento profissional (Yegdich, 1999).

Também Driscoll (2000) referiu que das muitas ideias de fontes e documentos didáticos sobre o que é a supervisão clínica, surgem uma série de temas, entre os quais que esta é um processo formal (contratual) de apoio profissional e aprendizagem.

De resto, a generalidade dos documentos produzidos neste âmbito referem-se à SC ora como um processo, ora como um método eficaz de desenvolvimento profissional, o qual exige procedimentos de implementação formalmente definidos, como se pode constatar em praticamente todos os documentos disponíveis na literatura sobre as políticas e *guidelines* de supervisão clínica (Butterworth et al., 2008; Brunero & Stein-Parbury, 2008; NHS, 2009; White & Winstanley, 2010; Wright, 2012; Hull, 2016; Martin et al., 2017).

[7] Processo - (do latim processus, avanço, marcha, progressão) que se reporta ao método, sistema, modo de fazer uma coisa (Porto Editora, 2015)

[8] Método- 1. Programa que antecipadamente regulará uma sequência de operações a executar, com vista a atingir certo resultado. 2. Maneira ordenada de fazer as coisas; ordem. 3. Estratégia; modo de proceder; esforço para atingir um fim (Porto Editora, 2015)

3.2.1. DA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Os participantes associam ao processo de SC funções de natureza formativa, donde emergiu a categoria «**formação e desenvolvimento profissional**», face à qual foram identificadas as subcategorias: «ensinar»; «reflexão sobre as práticas»; «apoio profissional»; «observação e análise das práticas»; e «orientação na atualização do conhecimento».

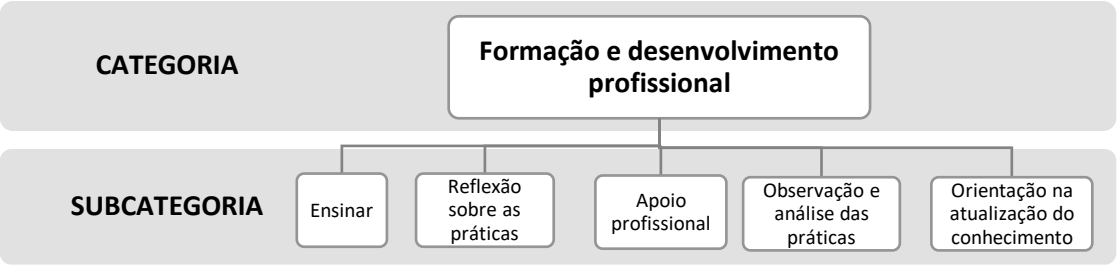


Figura 8 - Formação e desenvolvimento profissional: subcategorias

No discurso dos enfermeiros participantes fica patente que estes entendiam a SC como um processo formativo.

> *Para mim a supervisão é um processo de formação, de ajudar as pessoas a desenvolverem-se, a formarem-se enquanto profissionais.* ***E14CH****; SC é assegurar as questões da formação, (…).* ***E7CH***

A opinião dos participantes está de acordo com a evidência científica, que tem vindo a colocar a SC no centro dos processos de formação, acompanhamento das práticas clínicas e desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Abreu, 2007; Best, 2008; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Martin et al., 2017; Snowdon, Leggat, & Taylor, 2017; White & Winstanley, 2010; Wright, 2012).

Na atualidade, face aos múltiplos desafios que se colocam na área da saúde, procuram-se estratégias inovadoras capazes de lhes responderem de forma adequada, onde a SC tem vindo a ganhar relevância, enquanto processo que proporciona oportunidades de reflexão e de reconfiguração da ação, logo de formativo, como foi o caso do UKCC for Nursing, Midwifery and Health Visiting, que recomendou a SC como sendo necessária na prática clínica dos enfermeiros, no sentido de habilitar os profissionais para estabelecer, manter e promover padrões e inovações na prática clínica, proporcionando o desenvolvimento de conhecimentos e competências na reflexão sobre as práticas e aprendizagem pela experiência, no sentido de responder aos interesses e necessidades dos clientes (Wright, 2012; NHS, 2016; Hull, 2016).

Relativamente à subcategoria «ensinar[9]"», em 1980, Goldhammer, Anderson, & Krajewski, já sugeriam que entre outras funções, adicionalmente, a SC comportava componentes curriculares e formativas. Em 1995, Williams, também apontou a supervisão como um ensinamento que ocorre no contexto da prática e fornece uma ponte entre *campus* académico e clínica. Também no discurso dos participantes neste estudo está patente esta perspetiva:

> *(…) mas, em contrapartida, SC também é quase como educar, ensinar.* ***E12VP****; [A SC] (…) é ensinar, treinar e instruir, (…)* ***E15CH***

As práticas supervisivas estão impregnadas de estratégias de transmissão de conhecimentos do supervisor ao supervisado. São diversos os autores e documentos governamentais/institucionais que se referem à SC como um processo que envolve educação, ensino e aprendizagem, centrando-se no objetivo de ensinar e estabelecer uma relação de ensino aprendizagem melhorando os pontos fortes e identificando os pontos fracos do supervisado (DoH, 2005; Department of Psychology HKU, 2011; DoH, 2013; Martin et al., 2017).

Na evidência disponível é transversalmente aceite que a SC, seja qual for o seu âmbito de aplicação, passa, indiscutivelmente, pela identificação das necessidades de formação e de aprendizagem do supervisado. Bertman (1991) já referia ser de suma importância que nesta esfera de relação, devessem ser criadas e incorporadas estruturas formais de ensino. No estudo de Tavares (2013) os enfermeiros também identificaram na SCE uma componente de ensino teórico e prático.

Por sua vez, os estudos de Fowler (1995) argumentaram sobre a importância do supervisor ter capacidades de ensino para transmitir o seu conhecimento ao supervisado, pois ensinar as atividades de trabalho e de rotina é uma das suas tarefas do supervisor.

No âmbito das terapias cognitivas, os resultados da investigação também têm vindo a apontar para a importância de proporcionar oportunidades para que o supervisado possa observar o seu supervisor na sua prática clínica, para que este lhe possa ensinar, demonstrar e incentivar o uso de novas habilidades, recorrendo a estratégias adequadas, fornecer-lhe literatura educacional relevante, orientações e ensino relativamente ao tratamento e intervenções terapêuticas (Sloan, 2006).

Relativamente à subcategoria «reflexão acerca das práticas», os participantes referiram:

[9] Ensinar - Informar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (International Council of Nurses, 2010, p. 96)

Supervisão para mim é uma partilha de conhecimentos, tanto para quem está como supervisor como para quem está a ser supervisionado. Partilha de conhecimentos, de aprendizagem. ***E7CH****; (…) Há partilha de conhecimento, a partilha de experiências, a colocação de dúvidas. E penso que é isso a SC!* ***E2RP****; [SC] (…) é refletir sobre o que se pode melhorar, (…)* ***E3CH***

Clarificamos, antes de mais, que para a discussão, usamos os termos "reflexão" e "prática reflexiva" como sinónimos, o que é congruente com os achados de O'Connor, Hyde e Treacy (2003) que concluíram que estes termos são usados como tal.

Nos estudos de Pires (2004) e Tavares (2013), os enfermeiros já se referiram à SC como um processo formativo que envolvia a reflexão acerca das práticas clínicas. Efetivamente, é muita a evidência que mostra que a SC é essencial para a reflexão sobre as práticas (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Wright, 2012; Allan, McLuckie, & Hoffecker, 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017). Long, Harding, Payne e Collins (2014) referem que a SC é vista como uma chave para a prática reflexiva para apoiar a equipe em ambientes de trabalho stressantes.

Em 1993, Ronnestad e Skovholt já apontavam os processos reflexivos associados à supervisão clínica como a ponte pela qual supervisados começavam a ocupar o "grande abismo entre teoria e prática" através da incorporação do conhecimento teórico-prático (p. 396). De facto, o desiderato da SCE é conseguido por via da troca de conhecimentos e experiências entre profissionais, que, através das oportunidades de reflexão, apoio pessoal e profissional, permitem o desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Mills et al., 2005).

Na realidade, as representações dos participantes vão de encontro às muitas interpretações de SC que se encontram na evidência disponível, pois sendo sistematicamente considerada como um método de desenvolvimento pessoal, baseado num processo formal de apoio profissional e de aprendizagem, que envolvendo procedimentos específicos, tem na reflexão a pedra basilar, um conceito central no debate desta problemática, encontrando-se referência à importância da mesma nos processos supervisivos, independente mente da área em que se pratique. Em todas as áreas do conhecimento onde se debate a problemática da SC, é transversal a ideia de que esta permite que os profissionais desenvolvam conhecimentos e competências na reflexão sobre as práticas e aprendam com a experiência.

Estes pressupostos já vêm a ser debatidos de forma sistemática desde os tempos de John Dewey (1910), autor em que Donal Schön encontrou os fundamentos para o trabalho que desenrolou nesta área, na qual se tornou um autor de referência, argumentando sobre a importância de conceitos como: conhecimento na ação (*knowing-in-action*); a reflexão na

ação (*reflection-in-action*); a reflexão sobre a ação (*reflection-on-action*); e a reflexão sobre a reflexão na ação (*reflection on reflection-in-action*) (Schön, 1987).

Destinando-se a SC a identificar soluções para diferentes tipos de problemas e melhorar a qualidade da prática clínica, aumentando a compreensão das questões profissionais, através da incorporação sistemática de processos reflexivos (Hirkäs et al., 2001), a importância da "reflexão **na** ação", "reflexão **sobre** a ação" e da "reflexão **sobre a reflexão** na ação", ao que, com base nos trabalhos de Sá-Chaves (2000) acrescentamos de uma fase pré-ativa "reflexão **para** a ação", torna a prática reflexiva, indiscutivelmente, uma ferramenta essencial à SC.

Considerando o exposto, não podemos deixar de lançar um "outro olhar" sobre a matéria inerente à supervisão e reflexão, a preceito do qual voltamos ao discurso dos participantes:

> *(…) SC consiste na partilha de angústia, na partilha de dúvidas, na partilha de conhecimentos (…) na partilha de experiências (…).* ***E2RP***

Ao fazermos a intersecção desta perspetiva de "partilha" com a de Ordaz (2011), no âmbito do uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem, somos transportados para o "*encantamento de contar estórias"* associado à atividade humana, em que *"(…) as estórias que ouvimos e contamos situam-nos no mundo em que vivemos, dão-lhe sentido, valor, e transformam-no à medida que nos transformamos (…). As estórias do presente e do passado são uma forma de diminuir as distâncias entre lugares e pessoas, dando um sentido coletivo ao que fazemos e somos*" (p. 71).

Há autores que têm vindo a admitir a relevância das estórias dos enfermeiros, habitualmente intensas, como meio para a compreensão da prática e como processo de construção do conhecimento em enfermagem, bem como da sua difusão, na medida em que contribuíram para que alguma coisa se transformasse nos protagonistas (Boykin & Schoenhofer, 1991; Ordaz, 2011).

A partilha de angústias, de dúvidas, de conhecimentos e de experiências dos enfermeiros,

feita através da narrativa das suas estórias, constituiu uma ferramenta privilegiada de acesso às suas experiências (Sandelowski, 1991).

Não obstante todos os desenvolvimentos a que temos assistido na afirmação da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, quer a nível estatutário, académico, das práticas, da investigação, e, fundamentalmente do discurso exposto, voltamos a Ordaz (2011), que expõe a sua preocupação sobre o facto de que:

> *Apesar da importância que é dada pelos teóricos à partilha e reflexão dos vividos quotidianos como fonte de saberes, o que é certo é que tudo se organiza para que isso não passe de um exercício académico a prazo, que se esgota cumprido o objectivo de provar que foi útil, sem que daí efectivamente resulte um trabalho sistemático de dar sentido à experiência vivida, compreendendo a sua força de transformação e mudança. Muitos enfermeiros não reconhecem o valor das suas estórias, outros acham que ninguém os quer ouvir* (p. 72).

Este é um dos aspetos em que consideramos que a SC se pode constituir como um contributo inestimável para a Enfermagem, no sentido em que, tendo como componente fulcral a reflexão sobre as práticas, tem que, inevitavelmente, deter-se sobre os saberes ocultos que Ordaz considera serem "*(…) pacientemente tecidos ao longo dos anos, por enfermeiros e enfermeiras que souberam aprender com as pequenas coisas e se foram constituindo como referência para outros que beberam da sua perícia*" (p. 72), referindo, no entanto, manifesta inquietação ao verificar que há muito poucos contributos que se detenham sobre estes saberes, apontando a opinião de Byers (1999), "*Muitas vezes, há falta de reconhecimento da sabedoria que os anos de experiência podem proporcionar*" (Ordaz, 2011, p. 72), como que para acentuar a tónica desta problemática.

Da análise emergiu também a subcategoria «apoio profissional» enquanto recurso fundamental a utilizar nos processos supervisivos, pois constitui-se como atributo/elemento estruturante da formação e desenvolvimento profissional dos supervisados. Neste sentido, é expressiva a perceção dos participantes neste âmbito.

> *(…) SC é mais no sentido de apoiar e de ajudar, até diria mais nesse sentido, e não de policiar.* ***E12CH****; Entendo a SC como sendo o acompanhamento a orientação, esclarecer dúvidas, ouvir um bocado o outro… um bocado por aí, um apoio profissional.* ***E17VP****; (…) é um apoio para um colega, de um colega para outro, alguém que está sempre presente para quando é necessário, de alguma forma uma ajuda.* ***E1RP****; E ter alguém que realmente me apoie e que eu sei, se surgir alguma situação, posso recorrer a essa pessoa.* ***E4CH***

Também nos estudos de Pires (2004) e Tavares (2013), as representações dos enfermeiros sobre a SC, traduziram uma clara associação do apoio profissional ao processo de SCE, considerando-o um elemento medular da supervisão.

Esta ideia está traduzida, desde sempre, e de forma transversal, em toda a evidência disponível sobre a SCE, perpassando, entre outros, o DoH (1993), Fowler (1996), Arvidsson, Lofgren e Fridlund, (2001), Jones (2003), Winstanley e White, (2003), Hyrkäs (2005), Brunero & Stein-Parbury (2008), Dilworth et al. (2013), Long et al. (2014), Gonge e Buus (2015), MacLaren, Stenhouse e Ritchie (2016), Allan et al. (2017), Martin et al. (2017), Snowdon et al. (2017).

O documento "*A Vision For The Future*", já se referia à SCE como "um processo formal de apoio profissional (…)" (DoH, 1993). Em 1995, McCallion e Baxter já referiam que a SC se constituía como um processo de suporte e apoio profissional que se deveria impor ao modelo *ad hoc* de apoio entre colegas, no sentido de apoiar os profissionais nas suas práticas e ajudá-los a desenvolverem as suas competências.

Mais recentemente, os estudos continuam a comprovar que a SC permite que os enfermeiros façam esta discussão e análise regular sobre as suas práticas, num ambiente de apoio seguro e solidário (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Long et al., 2014; Gonge & Buus, 2015; MacLaren et al., 2016).

Não obstante o apoio profissional estar inevitavelmente associado à função formativa, na realidade, este é um elemento comum às outras duas funções da SC, daí a sua popularidade ter aumentado na década de 1990, como um dos métodos de apoio ao desenvolvimento profissional de profissionais de saúde (função formativa), ao *coping* (função reparadora) e à melhoria da qualidade dos cuidados (função normativa) (Hyrkäs et al., 2001).

A «observação e análise das práticas» é outra das subcategorias decorrentes da «formação e desenvolvimento profissional».

Os participantes referiram-se á observação no contexto da supervisão como:

> *A minha perspetiva da SC é eu estar a trabalhar com um grupo de colegas e, não de uma forma pejorativa, verificar, observar como é que eles [enfermeiros] fazem determinado procedimento, e tentar discutir com os colegas se [o procedimento] está correto, ou se não está, para evoluirmos profissionalmente de forma favorável.* ***E16VP*** *(…) eu acho que SC é uma forma de observação do trabalho, melhorar a prática, profissional (…) através de observação (…).* ***E3CH****;* ***E15CH***

As opiniões destes enfermeiros vão de encontro à compreensão de que o acompanhamento e observação das práticas, de forma não pejorativa, permitem perceber a forma como os profissionais se organizam e prestam cuidados.

Nos estudos de Carvalho (2012) e Tavares (2013), a observação é identificada como uma importante estratégia de SCE, pelo que se compreende que, como referem Cruz, Carvalho e Sousa (2012), os enfermeiros percebem que a SCE envolve a observação dos cuidados que prestam aos clientes.

Sob o ponto de vista da supervisão disponibilizada aos enfermeiros, esta deve ajudá-los a fazer a "observação" e análise da sua própria prática e dos contextos em que esta se desenvolve, a questionar, confrontar, analisar, interpretar e refletir sobre o observado, e a procurar as melhores soluções para as dificuldades e problemas com que se vai

confrontando (Pires, 2004), ou seja, *"a observação adquire a sua máxima utilidade na formação (…) quando se associa efectivamente à retro-alimentação da informação ou do feedback"* (Serafini & Pacheco, 1990, p. 5).

De salientar que para Alarcão e Tavares (2007), os processos de supervisão devem assentar na observação para que nenhum episódio observável passe despercebido, constituindo uma estratégia fundamental a análise e compreensão dos fenómenos observáveis e das razões que lhe estão subjacentes.

Em síntese, a observação permite recolher dados em primeira mão, duma situação real, ou outros eventos profissionais, envolvendo o face-a-face e outras interações entre observador/supervisor e o observado/supervisado, no decorrer da análise da atividade profissional e comportamentos observados, com o sentido de definir os passos seguintes da supervisão, com o objetivo de otimizar o desempenho do supervisado (Abiddin, 2008).
A «orientação na atualização do conhecimento» é a última subcategoria inerente à «formação e desenvolvimento profissional».

No decurso do estudo sobre indicadores das estratégias de supervisão, no âmbito das estratégias de formação profissional dos enfermeiros, Pinto (2013) refere parecer-lhe pertinente que o supervisor, ao identificar as necessidades de formação do supervisado, se for o caso, lhe indique também fontes de pesquisa, no sentido de proporcionar um investimento sustentado e adequado às necessidades identificadas. Na realidade, das opiniões que recolhemos dos participantes, estes entendiam que a SC passa também por apoiar na pesquisa da melhor evidência científica.

> *Uma orientação é sempre boa quando procuramos atualizar-nos nos conhecimentos novos que vão surgindo. Eu acho que faz falta [SC], no sentido de poder orientar também a nível de aquisição de novos conhecimentos, (…) uma orientação, acho que só faz bem (…).* ***E13CH****; (…) se calhar até da necessidade de ir pesquisar, (…). E até fazer-nos ir estudar, porque não? Até estudar outras práticas novas, mais atualizadas.* ***E4CH***

Alguns estudos sugerem que os supervisores estão cientes da importância do seu papel na formação dos supervisados, na aquisição dos seus saberes e desenvolvimento de competências, no sentido de incrementar as experiências clínicas. Neste sentido, a qualidade das fontes de pesquisa que indicam são um elemento fundamental no suporte e formação contínua dos profissionais (Myall, Jones, & Lathlean, 2008; Moseley & Davies, 2008; Rogan, 2009).

No estudo de Cruz (2012) os enfermeiros também referem que ser bom profissional, passa por se manterem atualizados, conhecedores dos conteúdos teóricos e práticos. Neste sentido, a autora refere que no decurso da investigação, o processo de formalização da SCE, passou pela constituição de um contrato individual entre os enfermeiros supervisores

clínicos e os supervisados, que responsabilizava o supervisor clínico a incentivar a prática baseada na evidência.

Borges (2013) afirma que alguns enfermeiros supervisores clínicos apontaram como fatores que facilitaram a implementação de projeto na área da SCE, foi o suporte disponibilizado por parte dos investigadores e da instituição no que diz respeito à adoção de uma atitude de apoio e sustentação do processo, inclusivamente o fornecimento de bibliografia de apoio. Por sua vez, o estudo de Tavares (2013) aponta a orientação como um aspeto fulcral da SCE.

Também nas políticas de SC de organismos governamentais de diferentes países, entre os quais Community Health Oxfordshire (2010), é feita referência sistemática à necessidade do desenvolvimento das práticas baseadas na evidência como um dos elementos fulcrais da SC.

Em forma de síntese, face à categoria em análise, resta-nos referir que a perceção dos participantes de que a SC é um processo de «formação e desenvolvimento profissional», vai de encontro às funções que a SC comporta. Proctor (1986) e Nicklin (1997) apresentam modelos de SC que apontam para uma estrita relação entre a SC e a formação, até porque argumentam como uma das funções da SC, a função *formativa ou educativa* (Sloan & Watson, 2002; Best, 2008).

3.2.2. DA INTERAÇÃO E RELAÇÃO

Inerente ao tema «**SCE como processo**», emerge também, da análise, a categoria «**interação e relação**» e respetivas subcategorias: «relação supervisiva» e «apoio emocional» (fig. 9).

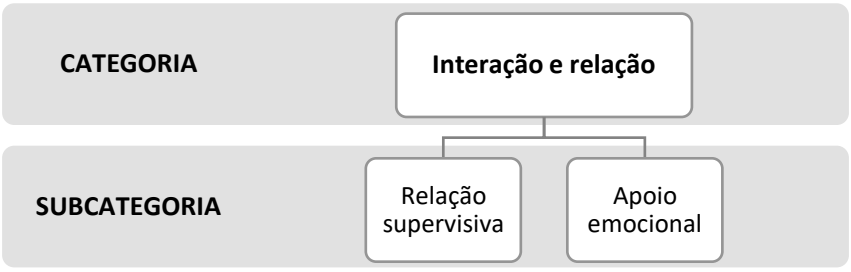


Figura 9 - Interação e relação: subcategorias

No seu sentido mais lato, o termo “relação” refere-se apenas ao modo como supervisor e supervisado estão conectados, como trabalham juntos para cumprir os seus objetivos,

alguns dos quais são comuns, outros são idiossincráticos, daí que, face ao contexto das orientações particulares da supervisão, a natureza, qualidade e função da relação devem ser definidas em termos específicos (Dye, 1994).

Ainda que pela exemplaridade, o discurso do participante alegou que a SC encerra um processo interativo:

> *É assim, para mim, supervisão clínica, digamos que é um processo interativo, entre supervisor e supervisado, (…).* ***E6CH***

Na realidade, é indiscutível do caráter interativo da SCE, podendo-se afirmar que a generalidade da evidência científica trata o processo supervisivo como tal, pois este só é possível num contexto de interação entre supervisor e supervisado.

No âmbito da formação profissional, Tavares (1993) referia haver uma dimensão pessoal e outra interpessoal da relação, que se desenvolve em três percursos conceptuais: a pessoalidade, a interpessoalidade e a formação. O autor considerava o princípio da pessoalidade a antítese da individualidade, pois caracteriza-se pela indivisibilidade e unicidade, e ainda que, pessoalidade é estimulante, criativa, transparente, verdade e autenticidade; é humanidade em dialética (Tavares, 1993).
Desde o início do percurso de formação o enfermeiro é levado a refletir sobre a importância da relação pessoal e interpessoal, ou seja, a relação consigo mesmo, a sua autoestima, autoconfiança e autoconhecimento, enquanto condições fundamentais para estabelecer boas relações com os outros, pelo que seja compreensível que se identificasse esta componente no discurso dos participantes:

> *É meio caminho andado! A relação é meio caminho andado na supervisão, é muito importante! (…).Tem que se ter boas relações para poder atingir outros aspetos da supervisão, senão não se consegue uma boa supervisão.* ***E15CH***; *O aspeto da relação é o principal na supervisão.* **E8VP**

A qualidade da relação supervisiva tem uma contribuição significativa para a eficácia da SC e, atendendo ao esforço científico que tem vindo a ser feito no sentido de demonstrar a eficácia da supervisão, alguns autores consideram razoável aprofundar a pesquisa no que concerne à relação entre o supervisor e supervisado (Sloan, 2005; Gonge & Buus, 2015; MacLaren et al., 2016; Allan et al., 2017).

Por sua vez, a função do supervisor clínico em enfermagem consiste, fundamentalmente, em apoiar o desenvolvimento do profissional do seu par, ajudando-o a contornar as dificuldades, a refletir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade. O seu papel é central na promoção da qualidade das práticas, processo para o qual a qualidade da relação supervisiva se constitui como fator

determinante, pois a qualidade e promoção das práticas passa, indiscutivelmente, pela promoção de uma atitude reflexiva onde a relação supervisiva, ao valorizar a perspetiva de cada um dos intervenientes no processo, permite tornar significativa a atividade comum (Cottrell, 2002), o que também era percecionado pelos participantes:

> *(…) se calhar, termos uma pessoa connosco, que não que está em cima de nós, mas que, como nosso colega, se calhar a relação entre colegas é diferente, acho que a relação era diferente se tivéssemos uma pessoa, colega, a avaliar-nos a qualidade.* ***E3VP***

A atmosfera afetivo-relacional que envolve todo o processo supervisivo condiciona-o, negativa ou positivamente, pelo que, esta constitui uma das peças fundamentais do processo, devendo assentar, desde o início, numa boa relação entre supervisor e supervisado. Dye, numa fase ainda precoce da adoção da SC argumentava que, para que tal relação se estabeleça, é importante, desde o início, desfazer alguns mitos e preconceitos que se foram criando e alimentando ao longo dos tempos, inerentes ao estatuto e relacionamento entre os envolvidos, tendo em consideração que a definição de uma relação de supervisão adequada e eficaz varia de acordo com diversas variáveis identificáveis, ora fixas (estáticas), ora mutáveis (dinâmicas), devendo a relação ser estruturada de acordo com o conhecimento e consentimento de ambos, supervisor e supervisado (1994).

Na perspetiva ecológica de Bronfenbrenner, a presença do outro e a sua capacidade de, progressivamente, ir transferindo responsabilidade, neste caso para o supervisado, faz com que este também se passe a responsabilizar mais pelas suas tarefas, desempenhando-as com maior autonomia, e assumir outras que lhe são novas, bem como novos papéis, é fundamental para o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979).

Os aspetos aqui refletidos sobre a relação supervisiva transportam-nos para a componente restaurativa da SC, pois enquanto função de apoio social, inevitavelmente tem que envolver uma robusta componente relacional, o que também é percecionado pelos participantes, donde se entende que o «apoio emocional» constitua uma subcategoria da «interação e relação», intrínsecas ao processo de supervisão.

> *Penso que também pode envolver a parte pessoal e, portanto, a partilha de algum problema mais emocional (…).* ***E2RP****; (…) assegurar das questões de suporte mais pessoal, das questões do apoio.* ***E7RP***

A evidência sugere que a SC promove a legitimação de suporte aos profissionais através do *feedback* do supervisor, proporcionando apoio, alívio do stresse e prevenção do *burnout*, contudo, só pode tornar-se demonstrável após alterações restauradoras

significativas (alterações no bem-estar pessoal) (Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2010).

A função de suporte, reparadora, é mais frequentemente debatida na literatura do que as outras duas. É também a função mais investigada, sendo consensuais os efeitos positivos da SC apontados na evidência disponível (Edwards et al., 2006; Roche, Todd & O'Connor, 2007; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Schalk, Bijl, Halfens, Hollands & Cummings, 2010; Dilworth et al., 2013; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

3.2.3. DA GARANTIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

A problemática da qualidade dos cuidados de saúde tem levado os profissionais e organizações a profundas reflexões sobre as práticas clínicas. Esta preocupação, não sendo recente, atrevemo-nos a dizer que é extensível às diferentes sociedades e culturas.

Neste sentido, as políticas de diferentes sistemas de saúde a nível mundial, principalmente no que respeita aos países mais desenvolvidos, como a Suécia, Finlândia, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, EUA, entre outros, têm encontrado algumas soluções estratégicas no sentido de assegurar a qualidade dos cuidados disponibilizados à população, sendo uma dessas estratégias a implementação de programas de SC, integrados em programas de gestão da qualidade e de governação clínica (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; White & Winstanley, 2006).

As preocupações sobre a qualidade das práticas são um aspeto também enraizado no discurso dos participantes, pelo que, da sua análise, emerge a categoria «**garante da qualidade e segurança dos cuidados**», da qual se identificaram as subcategorias: «qualidade das práticas»; «segurança dos cuidados»; e «padrões de qualidade» (fig. 10).

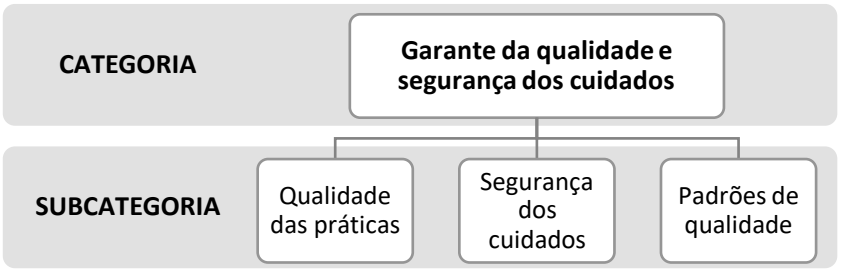


Figura 10 - Garante da qualidade e segurança dos cuidados: subcategorias

A identificação de elementos que associam a SC à qualidade das práticas e segurança dos cuidados é reveladora de que, um elevado número de participantes, apesar de não terem

experiências estruturadas de SCE, conseguem reconhecer-lhe uma função direcionada para aspetos inerentes à gestão, principalmente no que respeita á inquietação constante patente no discurso, no que releva para o assegurar da «qualidade das práticas», enquanto aspeto central da garantia da qualidade:

> *Penso que a SC é uma mais-valia para a qualidade dos cuidados.* ***E18VP****;* ***E1RP****; A supervisão aqui no serviço podia ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados e mesmo a qualidade do exercício profissional.* ***E11CH****; A supervisão pode contribuir para que as nossas práticas sejam seguras e com qualidade sim! Principalmente para a qualidade, para a segurança (…).* ***E4CH****; Excecionalmente, poderão haver boas práticas sem SC, em pessoa excecionalmente competentes, altamente profissionais, altamente responsáveis, mas é uma exceção! Não é garantia de coisa nenhuma! Há aqui questões de segurança de cuidados, questões de garantia de qualidade, em que a supervisão deve existir, senão, cada um faz o que quer, como quer, com as consequências que tiver! Pode sair bem, mas, à partida, com a supervisão, as probabilidades de que não falha são maiores!* ***E7RP***

Gorzanski (1997) já afirmava que a qualidade das práticas de obstetrícia estava relacionada com a qualidade da supervisão, pelo que políticas de saúde do National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery [NCPDNM] incluíam diretrizes para as políticas de SC, no interesse da melhoria de qualidade dos cuidados e atendimento prestados aos cliente (NCPDNM, 2008).

Os estudos de Pires (2004) e Tavares (2013), realizados em contextos onde não existiam processos formais de SCE, demonstraram que os enfermeiros entendiam que a supervisão fornece aos supervisados as condições essenciais ao desenvolvimento do processo de prestação de cuidados, assente num acompanhamento clínico sistemático, promotor da qualidade, na medida em que é um garante que os cuidados de enfermagem são realizados adequadamente e com a máxima qualidade possível.

Os benefícios da SC nas práticas têm sido avaliados “indiretamente” do ponto de vista da perspetiva individual dos supervisados, em que, maior satisfação no trabalho, melhores atitudes relacionadas com o trabalho e menos stresse, têm sido considerados benéficos para as práticas (Bégat et al., 2003; Hyrkäs et al., 2001; Butterworth et al., 2008; Driscoll, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

Os resultados de um estudo de Hyrkäs e colaboradores (2005) também mostraram efeitos positivos da SC nas práticas de gestão de enfermeiros gestores, e na sua capacidade de liderança.

Outra das subcategorias a que nos reportámos face ao «**garante da qualidade e segurança dos cuidados**» é a «segurança dos cuidados».

Entre os fatores que são sistematicamente apontados como centrais ao incremento da SC e da qualidade e segurança das práticas de enfermagem, são a sucessão de acontecimentos dramáticos em Bristol, Kent e Canterbury, com especial destaque para o caso de Beverley Allitt. Estes acontecimentos de atentado contra a segurança e vida de doentes, são referidos na literatura como estando na origem da tomada de decisão/medidas que pudessem contribuir para que acidentes desta natureza não se voltassem a verificar (Bishop, 1998).

Os trágicos acontecimentos relatados no inquérito Allitt Inquiry (1991) mobilizaram a sociedade que exigiu a definição de políticas que fomentassem o apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde e das suas práticas, dando origem a uma resposta entusiástica para a introdução da CS, de âmbito nacional, como um elemento central da *clinical governance* das instituições de saúde do Reino Unido.

Na sequência destes acontecimentos o documento "*Vision for the Future*" do DoH (1993), incluía um conjunto de políticas que tinham como pressuposto a implementação de processos de SCE, que passaria a ser considerada fundamental e imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permitia sustentar as práticas dos profissionais, promovendo, paralelamente, a segurança dos utentes; de facto, o DoH deu um passo em frente ao fazer referência à competência, à responsabilidade profissional e à defesa do consumidor, neste caso o cliente dos cuidados (Bishop, 1998; Winstanley & White, 2003). Neste contexto a SC foi apresentada como um meio pelo qual os enfermeiros poderiam explorar, sustentar e ampliar o seu desenvolvimento pessoal e práticas profissionais, tendo como objetivo global melhorar os padrões de cuidado e promover a saúde da nação.

Face ao exposto, encontramos um argumento válido para as opiniões dos participantes relativamente ao que eram as suas perceções sobre a segurança dos cuidados e as dinâmicas que estas devem contemplar num processo de SC:

> *A forma de conseguir controlar a segurança dos cuidados seria com a supervisão.* ***E10CH****;* ***E12CH****; Eu acho que sim, a supervisão pode ajudar na segurança dos cuidados e prevenção dos erros.* ***E11CH****;* ***E6RP****;* ***E8VP****;* ***E13CH****;* ***E2RP****; Sim, nós somos enfermeiros e corremos o risco de errar; a SC é muito importante nas práticas de enfermagem seguras, nós trabalhamos com vidas. A supervisão é importante para essas práticas serem seguras.* ***E3VP****; A Supervisão é importante, pois se se estiver a fazer mal e não souber, se ninguém nos mostrar, (…) então vamos sempre praticar o erro.* ***E5CH***

Peter Nicklin, em 1997, já argumentava que se o custo da SC resulta na redução dos níveis de doença, na melhoria da eficácia clínica e da qualidade do atendimento, na redução de queixas e dos erros clínicos, então a SC paga-se a si própria (Lyth, 2000).

A segurança e qualidade dos cuidados é uma problemática na ordem do dia, há já várias décadas, constituindo motivo de grande preocupação e discussão, transversal a todos os países. Embora autores como Bond e Holland (1998) considerem que, no Reino Unido, foi na sequência do caso Allitt que se despoletou o debate aprofundado sobre o assunto, esta representação extrema de falta de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, não foi um caso isolado, repetindo-se em muitos países (ainda que muitos não venham ao conhecimento público e outros nunca sejam detetados). Inclusivamente, Winstanley e White (2003), referem-se a acontecimentos da mesma natureza na Austrália, que, também eles, conduziram à definição de políticas de qualidade que incrementaram a implementação da SCE, considerada fundamental e imprescindível, para a promoção de práticas de qualidade.

White e Winstanley (2010) realizaram um estudo inovador, com o objetivo de perceber se a SCE tinha relação com a qualidade dos cuidados de enfermagem e resultados no cliente, tendo concluído que não eram estatisticamente significativas as diferenças na qualidade dos cuidados ou satisfação do cliente em contextos onde era realizada SC e onde esta não era realizada.

Em Portugal, ainda que revestida de diferente envolvência, a problemática da segurança dos cuidados também é recorrentemente debatida. Abreu e Marrow (2012), num estudo comparativo, entre Portugal e no Reino Unido, sobre a SC das práticas de enfermagem, consideram este processo um pilar importante da segurança dos cuidados, apesar de não terem evidências que estabelecem de que a SC tem efeitos diretos neste campo.

Por fim, a subcategoria «padrões de qualidade», emerge da compreensão dos participantes em assegurarem os padrões de qualidade, por via da SC, no sentido de garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

> *A SC é entendida por mim como um processo da observação e verificação da prática, da observação de conformidade com normas, com orientações e com procedimentos, (…).* ***E7RP****; É verificar se mediante os objetivos que estão preconizados se cumprimos ou não.* ***E7VP****; E (…) acaba também por servir para concretizar algumas coisas ao nível da gestão. (…) Por exemplo, quando eu faço acompanhamento, agora trabalhamos através da contratualização dos padrões, ou então através de contratualização de determinados indicadores, através da contratualização de determinados objetivos a serem atingidos, determinados níveis, determinadas metas; quando eu faço o acompanhamento da realização dessas atividades, estou a fazê-lo com uma dupla finalidade, ajudar os colegas a conseguir concretizar esse indicador ou essa atividade, mas também como tenho responsabilidade mais ao nível da gestão e da avaliação, ou da reformulação desses projetos e dessas estratégias, aí já não tem tanto ver com supervisão mas com gestão, acaba por haver ali quase que uma dupla finalidade.* ***E7RP***

Inicialmente, a função global da SC, consistia em melhorar padrões de cuidados e, num sistema de saúde ideal, promover a saúde da nação (White, et al., 1998). Cada vez mais

as políticas de saúde destacam a importância da CS e na década de 90 do séc. XX, No Reino Unido, a *clinical governance* foi estabelecida como estrutura de gestão das organizações de saúde através da qual o NHS assegura os processos de monitorização da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em vigor, sendo a SC descrita como um meio crucial, se não o principal, na salvaguarda dos elevados padrões clínicos e na melhoria da qualidade dos cuidados (Butterworth & Faugier, 1992; Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Winstanley & White, 2003).

A "*clinical governance*" é definida como um quadro através do qual as organizações do NHS são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e salvaguardar padrões elevados de cuidados, criando um ambiente em que a excelência clínica irá florescer, ajudar a enfrentar o mau desempenho e permitir linhas claras de responsabilidade para o atendimento ao cliente (Royal College of Nursing [RCN], 2003).

Constitui, portanto, um programa de melhoria da qualidade dos sistemas de auditoria, que envolve padrões clínicos aplicáveis a prática baseada em evidências para o cuidado do cliente, sendo o meio pelo qual as organizações asseguram a gestão organizacional e a prestação de cuidados de qualidade, tornando os indivíduos responsáveis pela criação, manutenção e monitorização de padrões de desempenho (DoH, 1998; RCN, 2003).

A relação entre a governação clínica e SC tem sido muito enfatizada, inclusivamente por Butterworth e Woods (1998), referindo que participar na CS de uma forma ativa é uma demonstração do exercício individual da responsabilidade profissional sob a governação clínica e que a SC deve ser vista como parte integrante de um quadro de atividades que são projetados para gerir, monitorizar e melhorar a prestação de serviços de alta qualidade (Winstanley & White, 2003).

De facto, a SCE tem vindo a afirmar-se como um processo que proporciona o desenvolvimento de conhecimentos e competências, na reflexão sobre as práticas e aprendizagem pela experiência, permitindo aos enfermeiros estabelecerem, manterem e promoverem padrões de qualidade e inovação na prática, respondendo aos interesses e necessidades dos clientes (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Winstanley & White, 2003; White & Winstanley, 2010).

A SC tem vindo a ser considerada facilitadora da identificação de soluções para diferentes tipos de problemas da prática de enfermagem, promotora da melhoria das práticas e do aumento da compreensão de questões do âmbito profissional, tendo como objetivo fulcral aumentar a proteção dos consumidores e a segurança dos cuidados (Hawkins & Shohet, 1996; Bond & Holland, 1998; Hyrkäs et al., 2001; White & Winstanley, 2010).

Com efeito, encontram-se fortes argumentos sobre os benefícios da SCE na eficácia e na qualidade e segurança dos cuidados. Alguns estudos indicam que podem haver melhorias significativas no processo de cuidados e que pode melhorar a conformidade com processos associados aos resultados de saúde nos clientes. Inclusivamente, defende-se que a SC de profissionais de saúde mental pode estar associada a uma redução nos sintomas psicológicos de clientes com diagnóstico de doença mental. No entanto, continuam a ser muitos os argumentos sobre a falta de evidência científica que demonstrem, efetivamente, o efeito direto da SCE sobre os resultados de saúde dos clientes (Winstanley & White, 2003; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Butterworth et al., 2008; Buus & Gonge, 2009; Proctor, 2010; White & Winstanley, 2010; Koivu et al., 2012; Wright, 2012; Dilworth et al., 2013; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

3.3. IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Face às perceções dos participantes sobre a SCE, identificou-se ainda o tema «**importância da SCE**», do qual emergiram as categorias «**desenvolvimento profissional**», «**apoio profissional**», «**apoio na tomada de decisão**», «**apoio na resolução de problemas**» «**reformulação das práticas**» e «**depende dos intervenientes**» (fig. 11).

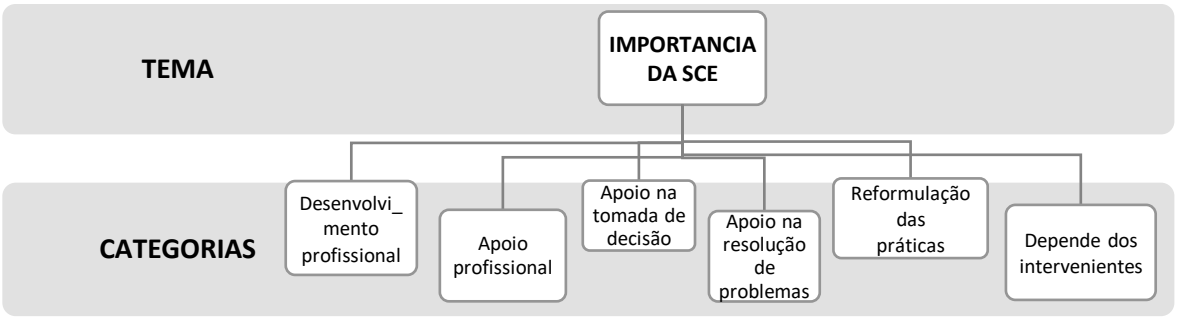


Figura 11 - Importância da SCE: categorias

Abreu, em 2007, referia-se à SCE como um processo que diferentes autores argumentavam ser muito importante no desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros, no apoio, suporte, estímulo e aumento do nível de confiança dos mesmos, bem como na diminuição da taxa de abandono da profissão, verificando-se também os seus contributos na redução do número de reclamações e na melhoria da organização dos serviços e desempenho das unidades de saúde.

Relativamente às opiniões dos participantes, eles consideraram:

> *(…) a SCE é importante para a prática porque quando trabalhamos mais sozinhos, como nós, há sempre dúvidas e coisas que precisaríamos de desenvolver e que não conseguimos, e a SCE é importante nesse apoio. Nestes casos, em que se trabalha mais sozinho, o apoio da SCE ajuda a desenvolver em termos profissionais.* ***E8RP****; (…) tem muita importância o facto de termos supervisão, de termos quem nos ajude a ultrapassar os nossos problemas, a tomar as nossas decisões (…).* ***E5RP****; (…) nós podemos fazer milhentas intervenções, mas se estiver sozinho, aquilo que eu faço é sempre bem feito, é sempre o melhor! Se tiver alguém que supervisione vai-me identificar lacunas, vai-me corrigir, vai-me orientar. (…)* ***E8VP;*** *(…) seria importante haver SCE das práticas. (…) ajudar alguém a crescer, a modificar e alterar a sua prática, seria bom!* ***E10CH****;* ***E1VP***

Efetivamente, verifica-se que consideram a SCE importante, no sentido de contribuir para o desenvolvimento e apoio profissional, reflexão e reformulação das práticas, no apoio a suplantar os problemas com que se confrontam no dia-a-dia, no apoio em termos de identificação do erro, na segurança e qualidade das práticas. Estes resultados vêm comprovar os do estudo de Cross et al. (2010), em que os participantes, reconheceram a importância da orientação do supervisor na reflexão sobre os seus problemas no dia-a-dia de trabalho, e de Tavares (2013), em que os enfermeiros também se referiram à importância da SCE, e de ter alguém a quem recorrer, ou seja, o supervisor, para os aconselhar, refletir e apoiar.

A importância da SCE é reconhecida face à especificidade e imprevisibilidade que os cuidados de enfermagem encerram, na medida em que legitima a implementação de estratégias de suporte e de orientação da prática clínica, no sentido de garantir a sua máxima segurança e a gestão dos riscos que lhe são inerentes (Garrido et al., 2008).

Rodrigues (2010) refere-se à importância da supervisão na enfermagem em diversas áreas, destacando a relevância do seu papel face ao cliente/família/comunidade na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Alega, ainda, que para que o enfermeiro preste cuidados de qualidade ao cliente e sua família, a supervisão tem que ser explorada, dado o seu caráter reflexivo, e que, a gama de estratégias ao dispor dos enfermeiros, permitem o incremento das suas práticas, numa atitude de cooperação entre a equipa multidisciplinar e com o cliente.

O NHS (2011b) considera que a SCE é importante na esfera profissional, na organizacional, e na esfera do cliente. No que ao profissional diz respeito, salienta a importância da SCE no apoio, no desenvolvimento de competências e no desenvolvimento pessoal e profissional; relativamente à organização, considera que valoriza o *staff* e diminui os seus níveis de morbilidade, aperfeiçoa a cultura de trabalho, salvaguarda os *standards*, facilita a consecução de metas e da gestão do risco; relativamente ao cliente, identifica benefícios diretos que remetem para o facto de os clientes receberem cuidados de

profissionais com melhor nível de desenvolvimento (mais conhecimento e competências), e os benefícios indiretos de uma equipa com elevada confiança.

McColgan e Rice (2012) entendem que a supervisão é importante na medida em que torna a prática reflexiva uma realidade. Essa prática reflexiva envolve três áreas:

- restaurativa (suporte) – focalizada na forma como os enfermeiros respondem emocionalmente ao stresse inerente ao trabalhao em ambiente de cuidar. Facilita o desenvolvimento da autonomia e autoestima do profissional;
- normativa (administativa) - focalizada na forma como os enfermeiros mantêm e garantem a eficácia da prática. Permite a habilitação dos enfermeiros para identificarem áreas de desenvolvimento professional e a responsabilidade;
- formativa (aprendizagem) - focalizada no desenvolvimento do conhecimento, competências e atitudes dos enfermeiros, através da resolução de problemas e do pensamento divergente, usando um modelo reflexivo (p. 37).

Não obstante a importância atribuída à SCE, os enfermeiros entenderam que esta está dependente dos intervenientes, principalmente no que ao supervisor e supervisado diz respeito:

> *A supervisão depende um bocado das pessoas; se calhar também depende do supervisado e do supervisor; depende do grupo onde se está a querer implementar a supervisão, depende muito disso também.* ***E10CH****; Se por acaso, o supervisor tem qualidade, competência, acaba por passar a utilidade da supervisão ao supervisado e corre tudo bem.* ***E15CH****; Portanto, a importância da supervisão depende do supervisor e depende da maneira como trata a supervisão. (…)* ***E3CH***

Muitas das políticas e relatórios produzidos no âmbito da SCE apontam as funções e papéis do supervisor e do supervisado na SCE e na forma como se desenrola o processo, sendo-lhe atribuída tanta mais importância quanto mais eficaz for o processo e a consecução dos seus objetivos (Winstanley & White, 2003; NHS, 2010a; NHS, 2011a; Hull, 2014; NHS, 2014).

Martin et al. (2017) também referem que para que a SC seja efetiva, há fatores inerentes à seleção do supervisor que devem ser tidos em conta, pois as evidências mostram que para se conseguir uma SC correta, é fundamental ser feita com as pessoas certas.

O estudo de White e Winstanley (2010) revelou que a disposição pessoal dos gerentes intermédios emergiu como o principal fator a influenciar substancialmente o resultado da supervisão. Em função da disposição individual dos gestores, que variou de entusiasta para insuficiente e hostil e resistente, facilitou ou bloqueou a SC.

Em síntese, as representações dos enfermeiros sobre a SCE incidiram sobre o conceito de SCE, o processo de SCE e a importância da SCE (fig. 12).

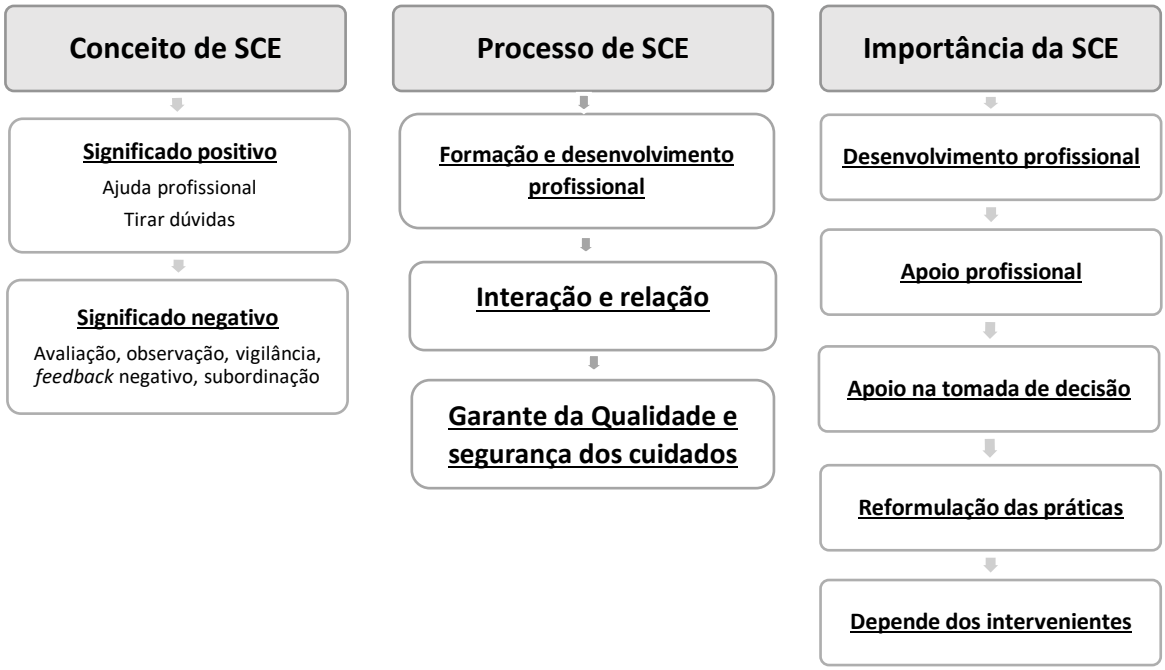


Figura 12 – Síntese das representações dos enfermeiros sobre a SCE

Quanto ao conceito de SCE concluímos que foram atribuídos significados positivos de ajuda profissional e colmatar dúvidas, e negativos, de avaliação, observação, vigilância, *feedback* negativo, subordinação.

Relativamente às representações sobre o processo de SCE, este integra uma componente formativa e de desenvolvimento profissional com funções de ensino, reflexão sobre as práticas, apoio profissional, observação e análise das práticas, orientação na atualização do conhecimento; uma componente interação e relação, com funções inerentes à promoção da relação supervisiva e do apoio emocional do supervisado; e, uma componente de garantia da qualidade e segurança dos cuidados, com funções de incremento da qualidade das práticas, da segurança dos cuidados e da garantia dos padrões de qualidade organizacional.

Estas três componentes da SCE identificadas, correspondem às três funções interativas da SC dos modelos de Proctor (1986) e Nicklin (1997).

A SCE foi considerada importante para o desenvolvimento e apoio profissional, para o apoio na tomada de decisão e na resolução de problemas, e na reformulação das práticas. No entanto, esta importância foi considerada subordinada aos atores intervenientes no processo, ou seja, a SCE é adequada se envolver as pessoas certas.

4. A SUPERVISÃO EM USO

Neste capítulo apresentamos e analisamos os resultados relativos ao domínio «supervisão em uso».

Da análise do discurso produzido pelos participantes emergiram os temas «**supervisão praticada**», «**cultura de supervisão**» e «**filosofia de supervisão**» (fig. 13).

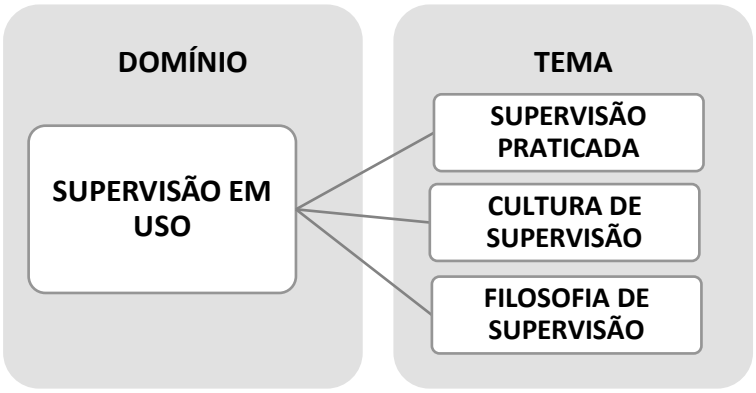


Figura 13 – Supervisão em uso: temas resultantes

4.1. A SUPERVISÃO PRATICADA

Face ao tema em análise, identificaram-se as categorias «**informal**» e «**âmbitos da supervisão**» (fig. 14).

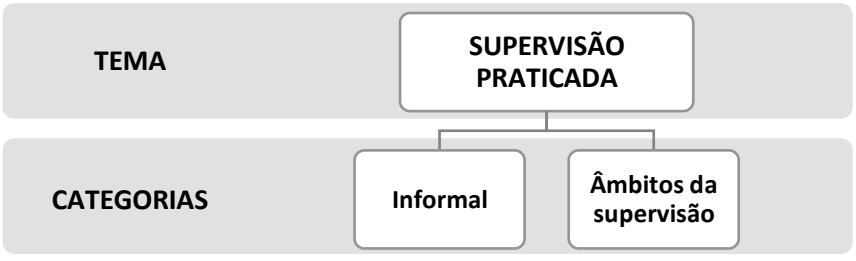


Figura 14 - Supervisão em uso: categorias

4.1.1. SUPERVISÃO INFORMAL

Os participantes identificaram a presença de práticas supervisivas nos respetivos contextos de trabalho, porém, foi eloquente o seu discurso, relativamente à inexistência de políticas

de SC formalmente delineadas e documentadas. O entendimento de que a supervisão em prática não obedecia a sistematicidade ou formalidade, conduziu à identificação da categoria «**informal**». Neste âmbito, os enfermeiros referiram:

> *Do meu ponto de vista sim, temos algumas atividades de supervisão.* ***E4RP****; Supervisão formal penso que não há! Só mesmo tentar resolver os problemas que nos surgem.* ***E4V****P; Neste momento, informalmente, os colegas já fazem supervisão uns aos outros.* ***E18VP****;* ***E10CH****; Há sempre algum colega mais antigo na profissão que faz supervisão, não de maneira formal, (…) mas de uma maneira informal acho que há sempre alguma supervisão. (…). Era mais na base do informal, conforme as situações iam surgindo tentava ajudar na hora.* ***E2VP****; Aqui no CS acho que existem algumas práticas que se podem aproximar às práticas de SC, mas são informais.* ***E6VP****; SC propriamente dita ninguém faz aqui no CS, (…). Acho que é informal, mas tenta-se fazer supervisão.* ***E7VP****; Penso que sim e eu acho que faço isso, supervisão clínica, na minha prática, mas sem ser formal.* ***E14VP****;* ***E13CH****;* ***E8VP***

Estes resultados, estão em consonância com os estudos que têm vindo a argumentar que, apesar das iniciativas para implementar a SCE em Portugal, na realidade, isto ainda não foi alcançado. O estudo de Pires (2004), revelou a existência de acompanhamento das práticas de enfermagem nos serviços de saúde, mas, em termos da implementação da SCE em Portugal, esta estava "numa fase muito embrionária".

A investigação de Borges (2013), apesar de uma década decorrida da supracitada, demonstrou que, apesar das experiências de introdução da SCE, a sua implementação ainda era uma realidade embrionária e inovadora. Por sua vez, Tavares (2013), concluiu que as práticas supervisivas em uso eram de natureza informal.

Os resultados do estudo de Dilworth et al. (2013) também revelaram que muita da supervisão realizada era informal, *ad hoc* e irregular.

Wagner e colaboradores (2008) referem que é importante reconhecer que os elementos da SC ocorrem informalmente na vida dos profissionais de saúde, até porque faz parte da atividade dos mais velhos/experientes, receber, acolher, educar, treinar, suportar, dirigir e/ou orientar a prática dos colegas mais novos/menos experientes. Os autores colocam a possibilidade de, para alguns profissionais, esta ser a única forma, ou predominante, de supervisão que recebem, ou tenham recebido, por grande parte de sua carreira, especialmente em algumas áreas da saúde com uma cultura imatura ou ausente de SC formal.

Porém, a SC informal pode ser valiosa e envolver muitos dos requisitos inerentes à SC formal, à qualidade e segurança dos cuidados. No entanto, sem acordos formais contextualizados, de tempo estruturado para o efeito e de manutenção de registos, os resultados não podem ser medidos, ou seja, a prevalência ou o impacto da supervisão profissional informal não é passível de ser medida (Wagner et al., 2008).

4.1.2. ÂMBITOS DA SUPERVISÃO PRATICADA

A pouca familiaridade e falta de experiências efetivas dos participantes com a SCE não foi impeditiva de identificarem diferentes âmbitos do exercício da supervisão nos seus locais de trabalho. Neste contexto emergiu a categoria «**âmbitos da supervisão**» e respetivas subcategorias: «supervisão de pares[10]», «supervisão na integração no serviço[11]» e «supervisão de estudantes[12]».

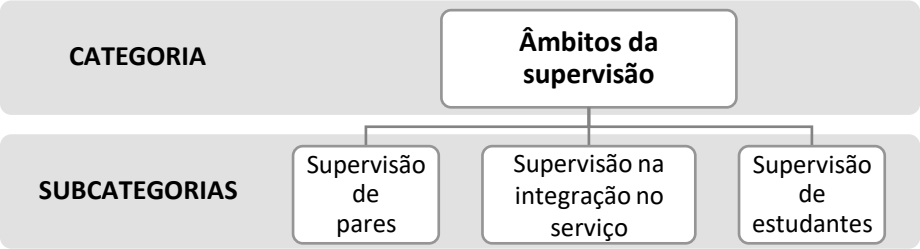


Figura 15 – Âmbitos da supervisão em uso: subcategorias

Os participantes referiram que exerciam atividades de supervisão no âmbito do acompanhamento de estudantes que desenvolvem a sua formação em contexto clínico, no âmbito da integração de enfermeiros no serviço e, também, na supervisão dos seus pares.

Embora todos estes processos envolvam práticas supervisiva, eles implicam métodos, práticas, procedimentos e alvos de natureza distinta, o que já era percecionado pelos participantes, pois conseguiram identificar estes âmbitos diferentes das suas práticas supervisivas.

> *(…) supervisão de alunos, às vezes tenho!* ***E12CH****; Supervisão clínica propriamente dita, aqui no centro de saúde, só na orientação dos alunos em estágio.* ***E9CH***

No que respeita ao âmbito da integração de profissionais no serviço referiram:

> *(…) supervisão com algum colega que venha de novo ou alguém em integração.* ***E12CH****; (…) [colegas recém-chegados ao serviço] fazem a integração com o colega (…).* ***E1RP****; Estou aqui há um mês, praticamente, e muitos dias foi acompanhada. (…) é pelo facto de eu estar em integração que estou mais acompanhada.* ***E3CH***

Sobre a supervisão entre pares os participantes mencionaram:

> *Notei desde que vim para aqui que havia uma supervisão entre pares muito maior.* ***E5VP****; A mim, parece-me que sim, que vão fazendo sempre supervisão e verificar que respeitam as normas.* ***E8CH****; (…) isso nós já vamos tendo, alguma supervisão entre os enfermeiros especialistas, nalgumas unidades.* ***E16CH***

[10] Processo internacionalmente denominado por "*Clinical supervision*"
[11] Processo internacionalmente denominado por "*Preceptorship*"
[12] Processo internacionalmente denominado por "*Mentorship*"

Estes resultados comprovam o estudo de Tavares (2013) que, apesar de não apontar a supervisão entre pares, concluiu que os enfermeiros exerciam práticas supervisivas no âmbito da supervisão de estudantes e na integração de profissionais nos serviços.

Estes três âmbitos de supervisão em prática nos serviços vão de encontro a três dos grandes tipos de abordagem que se encontram na literatura, e que compõem modelos supervisivos diferentes, respetivamente: *mentorship* consiste no apoio fornecido por um profissional experiente a colegas mais jovens em contexto da sua formação académica; *preceptoship* refere-se ao período de exercício profissional que visa apoiar o enfermeiro na transição do papel de estudante para a prática profissional, ou na socialização a um novo papel; *clinical supervision* refere-se ao processo formal e estruturado, de apoio profissional, promotor do desenvolvimento do enfermeiro, que assegura a continuidade da supervisão após o período de *preceptoship,* (Mental Health Branch, 2005; Davey, Desousa, Robinson, & Murrels, 2006; OE, 2010, p. 48).

4.2. A CULTURA ORGANIZACIONAL DE SUPERVISÃO

«**Cultura de supervisão**» foi outro tema que emergiu da análise, face ao qual se identificaram as categorias «**incipiente**» e «**punitiva**».

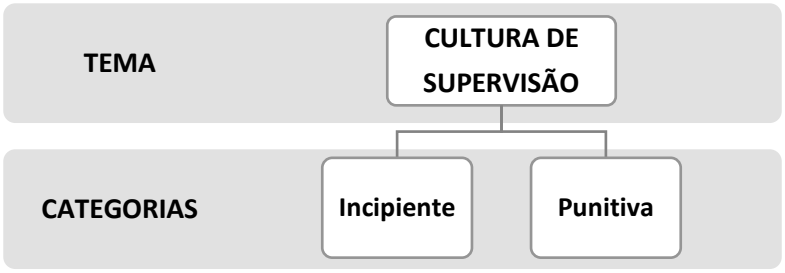


Figura 16 – Cultura de supervisão em uso: categorias

Efetivamente, alguns dos participantes referiram-se à incipiência da cultura de supervisão nos seus contextos de trabalho:

> *(…) nós também não temos muito a cultura de supervisão (…). **E2VP**; (…) não há a prática, o hábito de supervisão. (…) acho que a resistência à supervisão é mesmo devida a uma falta de cultura de observarem o nosso trabalho, uma falta de prática nesse sentido, de alguém fazer a avaliação do nosso trabalho. Há falta dessa prática, dessa supervisão. (…). Estamos habituados a estar no nosso cantinho, sem ninguém por perto, e a sermos independentes, sem ninguém que nos vigie. E quando isso acontece, quando alguém vai observar o nosso trabalho, há um bocado de resistência. **E13VP***

Esta perspetiva veio comprovar a evidência disponível, que aponta para que a carência de cultura supervisiva não tenha vindo a facilitar a implementação da SCE em cuidados de saúde na comunidade (Lister & Crisp, 2005). Inclusivamente, no referido estudo, os enfermeiros e gestores envolvidos num processo de implementação de SCE, em CSP, foram capazes de reconhecer aspetos da cultura de enfermagem que haviam impedido a sua implementação. Entre estes aspetos salientam: por um lado, o facto de os enfermeiros necessitarem e solicitarem supervisão e esta não lhes ser disponibilizada; por outro, a relutância em abrir-se e envolver-se na SC, pois o facto de falar sobre os problemas é visto como "não saber" lidar com eles; a perceção da SC como uma medida que funciona mal, em vez de desenvolver boas práticas; e, por vezes, a SC é vista como "avaliação do desempenho".

Schoenwald, Sheidow e Chapman (2009) referiram que a cultura de supervisão de profissionais de saúde mental está atrasada, inclusivamente no uso de práticas informadas por evidências.

O estudo de Dilworth et al. (2013) revelou que a natureza do trabalho de enfermagem continua a ser focado em tarefa e rotineiro, resistente à mudança, onde as atitudes dos enfermeiros face à SC é descrita como ambivalente, e que a SC é vista por estes como "*skiving*", o que revela deficiente cultura de SC. Porém, os autores consideraram que esta resistência e ambivalência dos enfermeiros, perpetua as interpretações anacrónicas da enfermagem, e que este tipo de cultura precisa ser desafiado.

No entanto, alguns participantes foram mais longe, identificando uma cultura supervisiva sustentada em lógicas de perfil punitivo.

> *A cultura é mais recriminar, recriminar e não elogiar.* ***E12VP****; A nossa cultura de supervisão é muito de punição. E não devia ser! A nossa ideia de supervisão é muito punitiva, porque, na prática, a cultura de supervisão a que estamos habituados no nosso país, é numa perspetiva de punição dos erros e não de desenvolvimento profissional. (…) às vezes não se deixam transparecer algumas coisas, até as dificuldades, para não ser penalizado.* ***E2VP****; Mas isso é muito difícil [SC], é muito discutido, mas não se consegue chegar lá porque as pessoas têm sempre o medo da punição. As nossas políticas são de uma cultura muito punitiva e não construtiva.* ***E8RP***

Estas opiniões conduziram-nos a uma reflexão iniciada por Garrido (2004), que verificou que a opinião dos enfermeiros era congruente com a realidade dominantes no contexto nacional, em que competia ao enfermeiro chefe a responsabilidade pela supervisão das práticas profissionais, até porque, de acordo com toda a normativa, compete ao enfermeiro chefe a supervisão dos cuidados de enfermagem, assegurando a sua qualidade e eficiência e promovendo a sua melhoria continua e atualização.

Podem, também, ter concorrido para estas opiniões o facto do sistema de avaliação de desempenho e do mérito profissional, ter estabelecido, há mais de duas décadas, uma relação entre enfermeiro chefe e os restantes enfermeiros de um respetivo serviço, em que

o primeiro desempenha o papel de avaliador que discute com o segundo o que deles se espera e como essas expectativas estão e podem evoluir, num processo regulador de supervisão administrativa do trabalho, desenvolvido através de entrevistas periódicas de orientação "*em que o avaliador e o avaliado analisam ambições, aspirações e expectativas pessoais, negoceiam objectivos, reflectem sobre hipóteses que melhor sirvam esses objectivos e definem estratégias para os atingir*" (Garrido, 2004, p. 107).

No entanto, Ceitil (2001) já referia que estes desenvolvimentos assentavam em alguns problemas e dificuldades estruturais, nomeadamente a falta de formação, competência e fatores de natureza pessoal que envolvia as chefias, aculturadas a modelos de controlo corretivo e disciplinar, o que pode justificar a perceção dos participantes relativamente à presença de uma cultura supervisiva de caráter inspetivo (punitivo) nos serviços.

Ora, face ao vivenciado no decurso da recolha doa dados, acreditamos, tal como considerado por Garrido (2004), que o processo de avaliação do desempenho tem vindo a influenciar a opinião dos enfermeiros relativamente à supervisão, inclusivamente à SCE, "*levando-os a associar a avaliação de desempenho à supervisão clínica (…)*" (p. 108), na medida que havendo algumas pedras de toque entre estes dois processos, substancialmente diferentes, e que por não estar a SCE suficientemente divulgada (conhecida) e implementada, parece-nos que os enfermeiros "transportam" algumas ideias associadas às experiências da avaliação do desempenho para a SCE.

A integração da SC em estratégias de administração tem vindo a constituir, desde sempre, um dos debates significativos da sua implementação na enfermagem, prevalecendo a opinião de que esta não deve ser confundida ou integrada em abordagens de supervisão administrativa, defendendo-se que não devem ser realizadas pela mesma pessoa, sendo necessário colocar profissionais no papel de supervisor clínico (Burrow, 1995; McCallion & Baxter, 1995; Bond & Holland, 1998).

O United Kingdon Central Council (1996) foi mais longe, argumentando que a SC não poderia ter um carácter de subordinação hierárquica, nem ser confundida com controlo administrativo, nem com a avaliação de desempenho, visto ser um processo de apoio clínico e profissional, em que o supervisor clínico não deveria ser uma pessoa designada diretamente pela organização, mas indicado por quem necessita de ser apoiado nas suas práticas.

Acreditamos, contudo, que na presença de um novo paradigma da chefia que Ceitil (2001) defendia ter subjacente a ideia de que chefiar não é apenas "mandar e controlar" mas, também, comunicar, envolver, motivar e influenciar positivamente o comportamento das

pessoas, pode haver espaço à reflexão sobre uma estratégia que não exclua os "ainda" enfermeiros chefe de carreira como possíveis supervisores clínicos, até porque, em 2009, com a alteração do regime legal da carreira de enfermagem[13], esta deixou de ter a categoria de "enfermeiro chefe", passando muitas das suas funções a fazerem parte das competências do "enfermeiro principal", o qual agrega um conteúdo funcional muito centrado em aspetos da gestão dos serviços, salientando-se algumas das alíneas referentes às funções mais relevantes para a SCE, ainda que não sejam próprias das funções do supervisor clínico.

No entanto, também tem vindo a aumentar a evidência de que a SC não beneficia o pessoal de enfermagem (White & Winstanley, 2010; Buus, Angel, Traynor & Gonge, 2011; Dilworth et al., 2013), podendo haver riscos para os enfermeiros, como divulgação de informações pessoais, violações da confidencialidade e bullying (Yip, 2006; Butterworth et al., 2008; Ecclestone & Hayes, 2009; Wright, 2012). Butterworth et al. (2008) também identificaram ansiedade e problemas éticos, com o uso da supervisão clínica para monitorizar e controlar o comportamento dos profissionais.

4.3. A FILOSOFIA DE SUPERVISÃO

Outro tema em análise é a «**filosofia de supervisão**» nos contextos em estudo. Ainda que pela exemplaridade do discurso, identificou-se a categoria «**carência de filosofia de supervisão**» (fig.17).

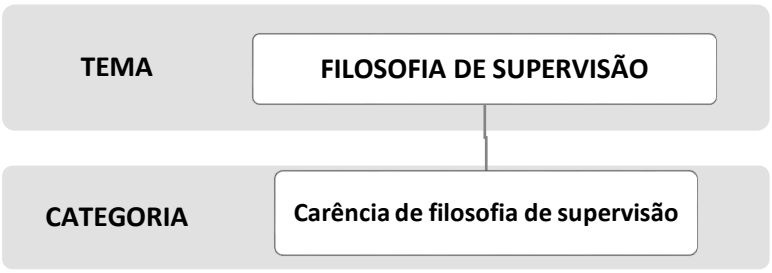


Figura 17 – Filosofia de supervisão em uso: categoria

Efetivamente, face ao discurso deste participante, verificou-se que ele era de opinião que não existia uma filosofia subjacente às práticas de supervisão em uso.

Não temos uma filosofia para a supervisão, (…) ***E18VP***

[13] Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro de 2009

A vasta experiência de trabalho de Martin e Cannon (2010), numa agência de disponibilização de SC, levou-os à realização de um estudo em diferentes organizações com políticas de SC em curso, envolvendo diferentes áreas de atividade profissional, com o objetivo de analisarem a supervisão e o trabalho dos supervisores. Os autores concluíram da existência de falhas inerentes ao desenrolar dos processos supervisivos e do trabalho dos supervisores, o que atribuíram à falta de clareza sobre a filosofia das políticas implementadas.

A definição da filosofia que subjaz às políticas de SC é fundamental para o adequado desenrolar do processo supervisivo, pois a filosofia encapsula a conceção sobre o processo de supervisão, os modelos, os valores, a ética e o enfoque da SC (Martin & Cannon, 2010).

A partir desta análise, os autores supracitados procuraram definir os elementos necessários de uma filosofia de SC, independentemente da configuração em que a supervisão era dispensada, numa lógica de desenvolvimento de uma filosofia cujos elementos estruturais pudessem servir de base a diferentes políticas de SC.

Em síntese, quanto à supervisão em uso, ela incidia sobre a supervisão praticada, a cultura e filosofia de supervisão existentes nos contextos em estudo (fig. 18).

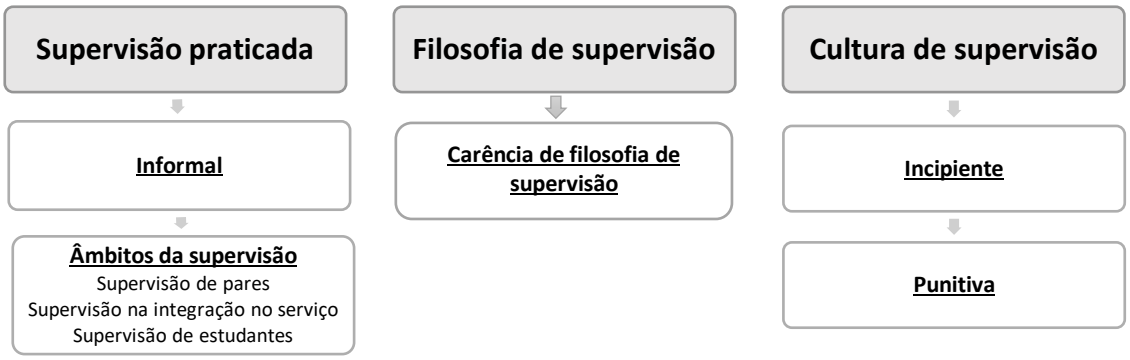


Figura 18 – Supervisão em uso

Os enfermeiros identificaram práticas de supervisão em uso nos respetivos serviços, no entanto conferiram-lhes um caráter informal, na medida em que não obedeciam a nenhum programa, planeamento, sistematicidade ou formalidade.

Estas práticas supervisivas realizavam-se em três âmbitos diferentes: na integração de novos elementos no serviço, supervisão entre pares e supervisão de estudantes em contexto de ensino clínico.

Quanto à cultura de supervisão que prevalecia na organização, consideram-na incipiente e assente em lógicas de perfil punitivo.

Relativamente à filosofia supervisão, constatou-se que não havia uma filosofia subjacente às práticas supervisivas em uso nos contextos em estudo.

Embora na supervisão em uso se tenham identificado algumas estratégias supervisivas utilizadas pelos enfermeiros, não analisámos esta temática neste capítulo, mas, no capítulo onde analisaremos a "supervisão desejada", pela necessidade de triangulação de informação de natureza qualitativa e quantitativa, sobre as estratégias em uso e as desejadas.

5. A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PROPOSTA

Neste capítulo apresentamos e analisamos os resultados relativos ao domínio «supervisão clínica proposta», do qual surgiram os elementos relevantes para o processo de SCE proposto, decorrentes da opinião dos enfermeiros participantes. Neste sentido, da análise emergiram um conjunto de temas (fig. 19) que analisaremos nos subcapítulos que se seguem.

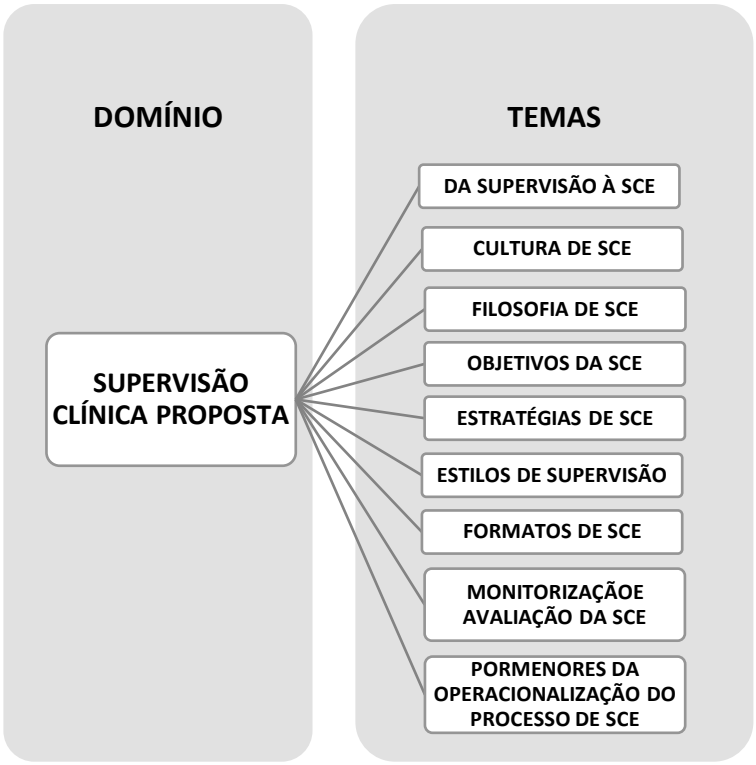


Figura 19 - Supervisão clínica proposta: temas resultantes

5.1. DA SUPERVISÃO À SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A preparação dos que cuidam da saúde da população, tem sido uma preocupação constante na história da humanidade, afirmando Macedo (1999, cit Botti & Rego, 2008) que, desde as épocas mais remotas, nas tribos primitivas, os candidatos a exercerem a função de pajé (pessoa de destaque em certas tribos indígenas, considerados portadores de poderes ocultos ou orientadores espirituais), eram cuidadosamente selecionados e treinados. Nos seus primórdios, como aconteceu com a maioria das ocupações, o ensino

da atividade de curar começa de maneira informal, com o treino profissional orientado por um prático, como os discípulos aprendiam as habilidades profissionais com seus mestres (Botti & Rego, 2008).

As bases da SCE, de certo modo, assentam nas premissas atrás referidas, sendo atribuído a Florence Nightingale o lançamento das primeiras bases da SCE, e a Hidelgard Peplau, entre 1952 e 1964, a sua introdução mais consistente na enfermagem, na área da saúde mental e psiquiatria (Abreu, 2002).

O desenvolvimento e adoção formal da SCE tem sido um processo moroso, que se tem desenrolado a ritmos diferentes em diversos países. No UK, a SC teve os seus desenvolvimentos a partir da década de oitenta do séc. XX; no entanto, segundo Kelly et al. (2001), Hill, em 1989, manifestara-se surpreendido ao concluir, no seu estudo, que esta não tinha grande implementação em enfermagem, verificando-se, no entanto, já um certo desenvolvimento da SC na enfermagem de saúde mental, o que considera ter por base a sua relação íntima com as terapias de aconselhamento e a psicanálise (Kelly et al., 2001; Winstanley & White, 2003; White & Winstanley, 2009; Wright, 2012).

Entre os fatores que influenciaram a adoção da SCE em países anglo-saxónicos, mas também na Austrália, Nova Zelândia, entre outros, encontram-se: as mudanças organizacionais; maior diretividade das políticas de saúde; preocupações sobre responsabilidade profissional; conceitos de revalorização social integrados na filosofia da enfermagem; emergência do paradigma da racionalidade crítica, conducente com práticas educacionais e profissionais de natureza reflexiva; interesse sobre a saúde dos profissionais e a prevenção de *burnout*; o incremento do valor da intervenção terapêutica e exigências concomitantes para a autoconsciência e autoavaliação; iniciativas de qualidade para melhorar os padrões de qualidade dos cuidados, onde se incluem os programas de melhoria e acreditação da qualidade, bem como de *clinical governance* (Bond & Holland, 1998; White & Winstanley, 2009; Allan et al., 2017).

Em Portugal, no final da década de 90 do séc. XX, a emergência dos programas de acreditação da qualidade, concomitantes a desenvolvimentos académicos e profissionais, fizeram emergir o debate sobre a SCE. Neste contexto, a SC surge no âmbito da discussão acerca da qualidade das práticas, da reflexão em torno da formação clínica e do estabelecimento de relações de interajuda (Abreu, 2007). Porém, apesar dos esforços, efetivamente, ainda não podemos falar de práticas formais de SCE.

Os achados da nossa investigação vêm de encontro ao discurso produzido, trazendo contributos dos participantes relativamente à formalização das políticas de SCE, partindo, desde logo, da identificação da necessidade de formalizar a SCE nos contextos em estudo,

donde emergiu a categoria «**políticas de formalização da SCE**», e a subcategoria «documentação das políticas e práticas de SCE».

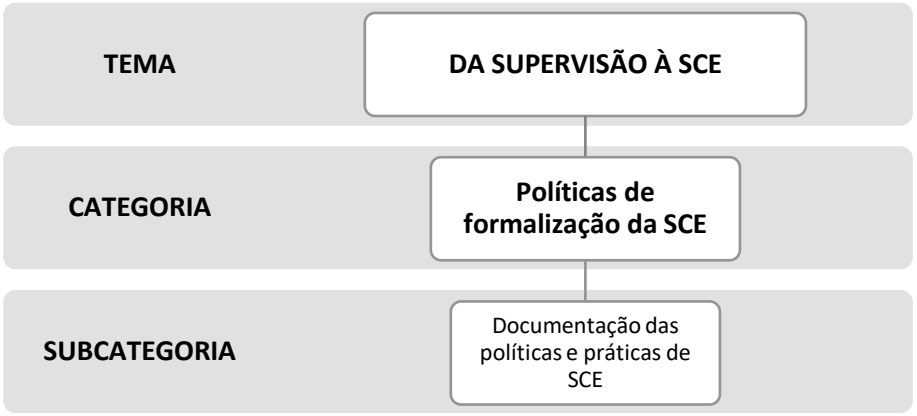


Figura 20 – Da supervisão à SCE: categoria e subcategoria

Antes de iniciarmos a exposição parece-nos adequado esclarecer que quando nos referimos a política[14] de SC, adotámos a definição do County Durham & Darlington Community Health Services (2010d), que considera que é uma declaração que representa os princípios ou curso de ações adotadas pelos agrupamentos das organizações de saúde de determinada região, que permite à gestão e respetivos funcionários tomarem decisões e agirem de forma coerente e eficaz, em conformidade com a legislação disponível, as orientações e boas práticas de trabalho.

5.1.1. FORMALIZAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Relativamente à supervisão proposta, podemos dizer que os esforços e iniciativas que se têm apurado relativamente ao investimento na SCE também se verificaram no discurso dos participantes, quando se referiram à importância de passar de uma supervisão informal à formalização da SCE:

> *Relativamente à SCE, ainda estamos um pouco em planeamento, mas queríamos implementar.* ***E16CH****; Devia-se desenvolver algo mais formalizado para implementar o processo da SC, acho que é pertinente.* ***E5VP****;* ***E8VP****; Acho que sim, era bom que houvesse supervisão clínica.* ***E15VP****; Nós estamos muito ocupados e acabamos por pôr isso em segundo plano; não quer dizer que*

[14] Policy - A policy is a statement representing a principle or course of actions adopted by the Trust. It enables management and staff to make decisions and take action consistently and effectively, in line with relevant legislation, guidance, and good working practices (County Durham & Darlington Community Health, 2010, p. 4)

não seja importante a supervisão, acho que era importante e era de valorizar porque ajudava-nos. (…). Era preciso a supervisão ser formalizada e estabelecer um tempo para se fazer. ***E9VP***

Em países como a Austrália, Noruega, Inglaterra, Irlanda e Escócia, há evidências que revelam a importância da adoção da SCE nos CSP no exercício de uma enfermagem mais competente, argumentando-se que, para tal, é necessário os enfermeiros terem acesso a uma supervisão adequada, tendo sido identificada a necessidade de supervisão formal, regular e sistemática para todos os enfermeiros (Lister & Crisp, 2005).

No entanto, apesar de anos de orientações enfatizando a necessidade de SCE, a investigação na área aponta que, em contexto da comunidade, esta ainda é escassa. Considerando-se, porém, uma ferramenta de apoio essencial para que os enfermeiros desenvolvam habilidades e conhecimentos ao longo da carreira. Vários autores argumentam a sua implementação, apontando a necessidade dos enfermeiros da comunidade receberem SC formal e sistemática, a fim de melhorarem a responsabilidade profissional, desenvolverem conhecimentos e competências, enfatizando a importância da prática reflexiva (Baldwin, 1998; Gibbs, 2001; Hancock, 1995; Herron, 2000; Scott, 1999, cit. por Lister & Crisp, 2005, p. 59).

Relativamente ao nosso país, ainda que não tenhamos encontrado estudos sobre SCE no âmbito dos CSP, os primeiros estudos sobre a problemática, desenvolvidos em contexto hospitalar por Garrido (2004), Pires (2004) e Soares (2004), já faziam referências à importância da formalização das práticas de SCE.

Garrido (2004) entendeu que, face à adoção da SCE devem ser considerados, entre outros aspetos, a análise da conveniência da SC, identificando, contudo, a necessidade de uma ligação formal e estreita entre os indivíduos e as organizações para que seja assegurada a qualidade dos serviços clínicos, podendo a SC desempenhar aí um papel preponderante.

Pires (2004), concluiu que os enfermeiros pretendiam ver formalizada uma política de SC cujo processo proporcionasse uma maior responsabilização profissional e que contribuísse para a formação, reflexão sobre as práticas, bem-estar pessoal e profissional e para a humanização do cuidar.

No estudo de Soares (2004), os participantes consideraram ser muito importante que a supervisão fosse feita de uma forma “bem” estruturada, apontando como sugestão para uma política local de supervisão das práticas clínicas de enfermagem a definição de um processo sistematizado, baseado na metodologia de resolução de problemas.

O estudo de Tavares (2013) apontou para a necessidade da “normalização” da SCE, para que esta seja entendida por todos como uma opção organizacional, enquanto contributo

para a qualidade institucional, o que está de acordo com Cruz (2012) quando refere que se "*(…) deve definir uma política de supervisão integrada para toda a instituição*" (p.127). O estudo aponta, ainda, que o apoio da instituição hospitalar à implementação da SCE no serviço de pediatria, seria um elemento facilitador de todo o processo, contribuindo para a consciencialização de todos os enfermeiros para os seus benefícios. Por outro lado, a estruturação de um programa de SCE que envolva toda a organização, facilitaria a aceitação da SCE e a motivação e participação dos enfermeiros seria mais efetiva (Tavares, 2013).

A perspetiva dos participantes na nossa investigação, de certo modo, vai de encontro aos achados de Abreu e Marrow (2012) que verificaram que a SCE parecia ser mais prevalente em Portugal do que no UK, facto que atribuíram à emergência da relevância da SC para a avaliação dos hospitais em Portugal, considerando que a introdução da documentação eletrónica dos cuidados de enfermagem pode explicar o apoio à introdução da SCE, ainda que o processo esteja no seu início. Outro dos fatores apontados remete para o facto de nos últimos anos as escolas de enfermagem incluírem a SC nos currículos (Abreu & Marrow, 2012).

No sentido de conferir a formalidade desejada às práticas de supervisão, é fundamental que as políticas sejam efetivamente documentadas, daí que, a «documentação das políticas e práticas de SCE» seja subcategoria de «políticas de formalização da SCE», tendo sido expressa esta aspiração, ainda que pela exemplaridade, por um dos participantes:

> *Tem que haver documentação do processo de supervisão, tudo o que tem a ver com as orientações da supervisão e com a pessoa que é supervisada. (…). É importante haver um plano para as pessoas não estarem a registar ad hoc os aspetos relacionados com a supervisão. Tem que se formalizar esses registos, tem que haver documentos onde fique registado formalmente! (…). Porque quando há uma supervisão deve-se registar, quer a nível mental, tanto a parte negativa como a parte positiva; e registar se possível, até em papel, e de X em X tempo, e irmos avaliando em conjunto, o supervisor, com as pessoas que recebem a supervisão. (…) Eu penso que sim, havendo um sistema de supervisão devem existir regras claras sobre a forma como deve ser feito o registo do desenrolar do processo, porque se não for assim perde-se muita coisa, não quer dizer que tenha que se registar em pormenor e exaustivamente porque depois acaba por se perder muito na burocracia mas minimamente.* ***E12VP***

Antes do início do processo de supervisão é de facto importante garantir as suas "regras básicas", e que os envolvidos estão de acordo com as mesmas. Assim, são muitas as organizações e autores que apontam outros aspetos a considerar no contrato de SC, antes de iniciar as sessões de supervisão, acordados entre supervisor(s) e supervisado(s), que devem concordar e assiná-lo (County Durham & Darlington Community Health, 2010; Hull, 2014; Henderson, 2014).

Relativamente à documentação das políticas e práticas de SCE, o estudo de Pires (2004) apontou para a necessidade da formalização de uma política de SCE estruturada, por parte da organização em estudo, claramente definida relativamente à sua forma e conteúdo, clarificando os contornos de todos os aspetos envolventes dos processos supervisivos, o que consideramos envolver não só a documentação das políticas de SCE, como também das práticas daqui resultantes. À data, os enfermeiros não só se refiram à necessidade de formalização do processo, mas apontaram também algumas orientações a considerar nessa formalização, que já iam ao encontro das políticas disponíveis, e que se mantêm atuais.

Da bibliografia analisada, identificámos um conjunto de itens transversais à generalidade das políticas de SC, cuja maioria foram, também, identificados pelos enfermeiros que participaram no presente estudo (quadro 3).

Quadro 3 - Conteúdos transversais a diferentes políticas de SC

Finalidade
Objetivos
Âmbito
Fundamentação/*background*
Papéis
Responsabilidades
Formação e Treino em SC
Outcomes
Contrato de SC
Documentação/registos da SC
Confidencialidade
Auditoria e avaliação

O estudo de Lynch e Happell (2008a) apontou para uma organização estratégica de implementação da SC numa estrutura que ocorre em cinco etapas distintas, articuladas e sequenciais: *exploração*; a estratégia inicial; o projeto/plano estratégico; implementação do plano estratégico; refletir sobre o passado e futuro. As autoras referem que emergiram diferentes temas ao longo destas cinco etapas e, curiosamente, alguns deles foram identificados em mais do que uma etapa, com grande destaque para a cultura organizacional, pois foi identificada em todas as fases, embora com um significado ou ênfase diferentes.

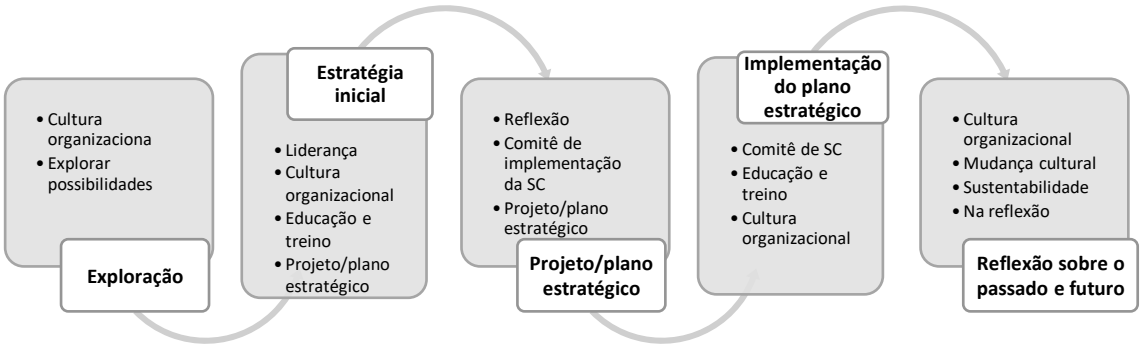


Figura 21 – Implementação da SC: estádios e temas, segundo Lynch e Happel (2008a)

Outro dos aspetos que considerámos relevante foi o facto de ser salientado que o grupo que fez parte do projeto de implementação da SC, inicialmente constituído e liderado por enfermeiros seniores, explorou as possibilidades da SC detalhadamente, analisando os mecanismos de supervisão já existentes, inclusivamente os de supervisão informal (incorporando posteriormente no processo os que lhes faziam sentido), tais como as reuniões para discussão sobre o funcionamento da organização e das práticas clínicas. Foi feita a comparação destes mecanismos com a SC, encontradas semelhanças e diferenças, no sentido de perceber se a introdução da SC acrescentaria mais-valias; após as discussões iniciais a nível de gestão e seniores (salienta-se aqui mais uma vez o papel dos enfermeiros gestores e dos seniores no processo de implementação da SCE), houve uma decisão de princípio para explorar a implementação da SC (Lynch & Happel, 2008a).

Existem diferentes estruturas e processos para a implementação e prática de supervisão, no entanto, precisam ser adaptados para atender às necessidades das organizações e respetivos profissionais (Scaife, 2001; Carroll & Gilbert, 2005).

Lynch e Happell (2008a) sublinham o papel da organização na sustentabilidade e sucesso da supervisão, o que implica o seu franco envolvimento neste processo, referindo que a falta de uma política clara e de liderança, relativamente às orientações sobre a formação, ao treino, e aos modelos e instrumentos de avaliação, podem constituir barreiras na implementação da SC. Te Pou (2009) acrescenta que o processo e o tempo necessário para configurar uma relação de supervisão adequada, são de extrema importância para determinar o seu sucesso.

Bishop (1998) afirma que a SC pode ajudar a alcançar o melhor nível de cuidados possível, mas salienta que esta não pode compensar as instalações inadequadas, a má gestão, ou

a desmotivação dos profissionais. Tendo em conta estas advertências, a fim de que CS possa ser implementada com sucesso e de forma sustentada, as boas práticas e indicações disponível sugerem que sejam asseguradas um conjunto de condições ambientais/organizacionais, conforme sugerem White e Winstanley (2010) e o Australian College of Mental Health Nurses [ACMHN] (2011).

A implementação de práticas de supervisão dentro das organizações, e garantir que ela permaneça sustentável a longo prazo, são anteposições que devem ser consideradas. As estratégias para garantir que isso aconteça incluem o apoio ativo dos quadros de gestão/governação clínica e o desenvolvimento de uma política de supervisão congruente com a ecologia organizacional, sendo da responsabilidade de todas as partes envolvidas a implementação e envolvimento na mesma. Neste sentido, Te Pou (2009) aponta para que sejam considerados os seguintes aspetos fundamentais: apoio ativo da SC por parte dos quadros de gestão e governação clínica; desenvolvimento de uma política de SC incorporada na cultura da organização, onde as partes envolvidas devem contribuir para a sua coordenação e avaliação, bem como para o desenvolvimento de todas as estratégias e procedimentos subsequentes (McKenna, Thom, Howard & Williams, 2008).

É importante perceber que a decisão de implementar a SC implica grandes mudanças na prática e cultura organizacional, exigindo dos líderes da "mudança" "visão, coragem, criatividade, comunicação eficaz, e um plano claro", como identificado por Daly et al. (2004, p.185 cit. por Lynch & Happel, 2008a, p.62). Marquis e Houston (2000) descrevem o planeamento da mudança como "(…) *um esforço bem pensado e deliberado para que algo aconteça*" (p. 62), consistente com a implementação da SC na organização. A partir da tomada de decisão de implementar a SC, e uma vez que profissionais-chave estão envolvidos nesta opção, então devem começaram a discutir e a planear a implementação (Lynch & Happel, 2008a).

Contrato[15] de SC é um dos elementos que surge sistematicamente referido na literatura como um aspeto a documentar nas políticas de SC.

Não se tendo os enfermeiros participantes pronunciado sobre este aspeto, por falta de experiência e domínio do conhecimento sobre as formalidades e conteúdos que um contrato de SCE deve envolver, analisámos alguns documentos que se constituem como contributos nesta área.

[15]Contrato - é um processo de negociação que resulta num acordo escrito entre supervisor e supervisado, detalhando o objetivo da relação de supervisão. Um contrato deve incluir papéis, responsabilidades, necessidades, expetativas, frequência, manutenção de registos e limites, particularmente em relação à confidencialidade (Bond & Holland, 1998, p. 53)

Colocar em prática um acordo, ou contrato, é considerada uma boa prática em supervisão, pois apesar de não serem juridicamente vinculativos, os contratos e acordos preveem o consentimento informado por parte do supervisor, supervisado e organização, devendo ser, obrigatoriamente, um processo claro para todas as partes, incluindo a definição dos limites e responsabilidades profissionais envolvidos (McKenna et al., 2008; Te Pou, 2009).

O contrato de supervisão é também um acordo entre o supervisado, o supervisor e a organização, e, como tal, deve refletir os objetivos da organização, detalhando a responsabilização do supervisor e supervisado para com a organização, fornecendo orientação sobre a comunicação exigida (Roche et al., 2007; Te Pou, 2009; Australian College of Mental Health Nurses, 2011; Henderson, 2014; Hull, 2014). O contrato também deve identificar especificamente os processos inerentes à gestão da supervisão, tais como as preocupações que possam surgir sobre o desempenho ou competência do supervisor ou supervisado (Te Pou, 2009; ACMHN, 2011; Henderson, 2014; Hull, 2014).

No estudo de Cruz (2012), os enfermeiros supervisores clínicos e supervisados, entenderam que deviam constituir um contrato individual no âmbito da supervisão. Embora inicialmente esta decisão tenha gerado algumas dúvidas, na realidade os enfermeiros consideraram que teve efeitos positivos em termos da responsabilidade e vinculação/compromisso com o processo, contribuindo para uma maior valorização do modelo implementado, daí que o contrato de SC se tenha revelado uma ferramenta prática e fundamental (Cruz, 2012).

É responsabilidade do supervisor assegurar que o contrato é celebrado na primeira sessão, negociado e desenvolvido em parceria com o supervisado, e que a política de supervisão da organização é conhecida por este segundo envolvido (NHS, 2011c). Nestas circunstâncias, segundo o estudo de Cruz (2012), o contrato torna-se numa ferramenta fundamental para a SC responsabilizando os intervenientes no processo supervisivo.

Relativamente ao prazo para a revisão do contrato o Worcestershire Mental Health (2005; 2011) aconselha a que não seja superior a 12 meses.

A documentação das sessões de supervisão deve ser objeto de análise por parte do supervisor e do supervisado, nomeadamente no que respeita à confidencialidade, manutenção e posse dos registos relativos às sessões de SC, tendo em conta os aspetos apresentados no quadro 4.

Quadro 4 - Aspetos a considerar na documentação das sessões de supervisão

Em que devem consistir
Onde devem ser mantidos
Quem tem acesso a eles
Quem é o responsável por eles

Os registos permitem aos envolvidos verificarem o que foi discutido e aprendido, e podem fornecer uma visão geral sobre prática da SC, pois tal como referiu um dos participantes:

Assim como se documentam os cuidados, é importante essa documentação dos aspetos da supervisão (…). ***E12VP***

É da responsabilidade da autoridade de SC determinar como estes registos vão ser realizados, atualizados e acedidos.

A posse de registos de supervisão

Os registos de supervisão relacionados com atividades que envolvem diretamente os clientes são efetuados conforme as orientações institucionais e pertencem à respetiva organização. A documentação de problemas não relacionados com os cuidados aos clientes são efetuados nos registos de supervisão e são propriedade conjunta, devendo haver uma cópia disponível para ambas as partes, podendo, com o conhecimento de todas as partes, ser usados para contribuir para outros processos de gestão (Henderson, 2014).

Confidencialidade e segurança dos registos de supervisão

As regras inerentes às sessões e sua confidencialidade devem ser acordadas pelo grupo, de preferência como parte do contrato de supervisão. Neste contexto, todas as discussões no âmbito das sessões da supervisão devem ser confidenciais e não divulgadas sem permissão prévia (Worcestershire Mental Health, 2011; Henderson, 2014; Hull, 2014; Gloucestershire Primary Care Trust, 2010). Não obstante a equipa dever estar ciente da necessidade de honrar confidencialidade, Hull (2014) refere que têm o dever de relatar problemas de má conduta profissional e comunicar imediatamente as preocupações relacionadas com improbidade a quem de direito, normalmente o gestor apropriado.

Henderson (2014) acrescenta que os registos resultantes das sessões podem ser compartilhadas, por acordo mútuo, para enfrentar um risco identificado ou de contribuir para um processo relacionado com a profissão. Em casos excecionais, em que não é dado o consentimento de compartilhar os registos, o gestor deve fazer um julgamento profissional sobre a necessidade de substituir este consentimento.

Todos os registos relativos à supervisão clínica devem ser mantidos em segurança para cumprir os requisitos de proteção de dados das organizações.

Manutenção dos registos

Em síntese, os aspetos inerentes à produção, manutenção, confidencialidade e posse dos registos resultantes das sessões, é um aspeto muito importante a considerar nas políticas de SC, devendo ficar explicitadas, inclusivamente, no contrato de supervisão (Hull, 2014, p. 14).

5.2. CULTURA DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A cultura de SCE foi um dos temas que emergiu no âmbito da SCE proposta, face à qual se identificaram as categorias «**difusão da cultura de SCE**» e «**comparência de *feedback* positivo**».

Figura 22 – Cultura de SCE proposta: categorias

O estudo de Lynch e Happel (2008a) demonstrou que a importância da conjuntura organizacional na implementação da SC exige a avaliação prévia da cultura da organização, antes da tomada de decisão sobre a problemática. As questões relacionadas com os recursos humanos, tais como: a cultura e ambiente de supervisão e da organização, a carga de trabalho, a satisfação profissional, o absentismo, as dinâmicas de equipa, as dificuldades com o recrutamento e retenção de profissionais, e a gestão, são aspetos da

cultura e dinâmicas organizacionais a ter em conta na implementação.

No que respeita a esta avaliação prévia da cultura de supervisão dos contextos em estudo, abordámos, no capítulo quatro, a incipiente de cultura de supervisão identificada pelos participantes, bem como a reminiscência duma certa cultura de natureza punitiva, recriminatória e com falta de *feedback* positivo.

Face a esta conjuntura, os participantes propuseram que a SCE a implementar produza mudanças nestes aspetos, apontando para a necessidade difundir a cultura de SCE, pois entendem que os profissionais necessitam, efetivamente, de supervisão:

> *Se não houver supervisão, até o próprio profissional muitas vezes a procura, (…) todos nós temos necessidade de supervisão! Deve-se divulgar a supervisão (…)* ***E13VP***

No entanto, entenderam que a cultura de SCE deve assentar nos pressupostos construtivos da mesma, com comparência do *feedback* positivo:

> *Acho que os enfermeiros precisam e muito de SC, porque é fácil punir mas não há ninguém que levante a auto estima. (…)* ***E2VP***

Estas opiniões são congruentes com a pesquisa de Lister e Crisp (2005), a qual revelou que a cultura de supervisão organizacional estava a mudar, e que muitos profissionais estavam a ver a SCE como um direito. No entanto, os autores sublinharam que, nestes contextos, não se pode esquecer que a informação, sensibilização e discussão sobre a implementação da SCE é muito importante para que os profissionais fiquem esclarecidos e sejam capazes de alimentar os seus benefícios e ingredientes construtivos, principalmente na abordagem reflexiva dos cuidados (Lister & Crisp, 2005).

Driscoll (2000a) também se referiu à identificação das "forças" da cultura organizacional e da própria supervisão em uso, enquanto elementos facilitadores ou dificultadores da implementação da SC. A experiência com culturas penalizadoras de supervisão dificulta a aceitação da mesma (Driscoll, 2000a), no entanto, o caráter punitivo da supervisão em uso nos serviços, parece não interferir com o manifesto interesse dos participantes em identificarem a necessidade de SC, porém, de caráter construtivo.

5.3. FILOSOFIA DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Outro tema em análise é a «**filosofia de SCE**» proposta pelos enfermeiros. Ainda que com base na exemplaridade do discurso, identificou-se a categoria «**filosofia de suporte à SCE**» (fig. 23).

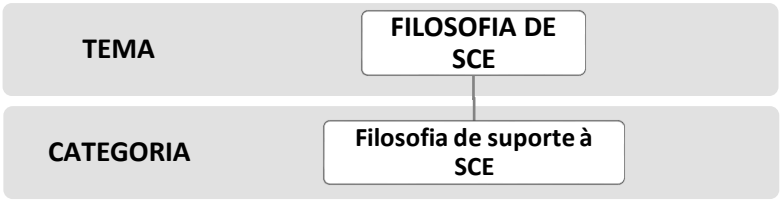


Figura 23 – Filosofia de SCE proposta: categoria

Ainda que pela exemplaridade, o discurso demonstra da importância de haver uma filosofia que suporte a SCE a implementar:

> *(…) isso é que era importante, termos uma filosofia para fundamentar a supervisão, que servisse de base e orientasse toda a supervisão.* ***E18VP***

Esta opinião é consonante com as evidências de Martin e Cannon (2010), face às quais concluíram da importância da comparência da filosofia de SC, na medida em que esta encapsula a conceção sobre o processo de supervisão, no entanto, também sofrendo influências dos valores, das crenças e das experiências dos envolvidos no processo supervisivo, principalmente, da parte do supervisor.

Os autores supracitados referem, ainda, que a filosofia de SC deve incorporar os valores da mesma, pois é através da compreensão e incorporação desses valores que supervisados e supervisores estarão melhor preparados para trabalhar juntos e obterem o máximo da relação de supervisão.

Araújo et al. (2012) referem que a filosofia é a reflexão feita pelo homem em busca do saber. O significado do termo "filosofia", tem origem etimológica grega: "*philo*" que significa amigo e "*sophia*" sabedoria, considerada pelos antigos gregos como a capacidade de aplicar conhecimentos, coerente e oportunamente, às situações vividas no dia-dia (idem).

Neste sentido, compreendemos que SCE radica, por si só, numa atitude filosófica de reflexão, a partir do questionamento, em que a pessoa analisa consciente e criticamente as suas práticas, obtendo respostas que a envolvem a si, aos outros e à sociedade em geral; restando salientar que, como afirmou Johns (2001), na essência de qualquer modelo reflexivo em enfermagem, está uma visão ou filosofia da prática.

Enquanto declaração coletiva de convicções compartilhadas e valores que correspondem à execução das práticas, a filosofia dá significado e orienta a prática quotidiana dos enfermeiros, guiando o seu pensamento e ação, e, quando vinculada conscientemente à prática, produz transformação da realidade (Araújo et al., 2012).

5.4. OBJETIVOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Outro tema que emergiu da análise foi «**objetivos da SCE**» proposta pelos enfermeiros, no âmbito do qual se identificaram as categorias: «**clarificar propósitos da SCE**», «**identificar necessidades**», «**função restaurativa**», «**função formativa**» «**função normativa**», «**não avaliativa**» e «**promover imagem social da profissão**».

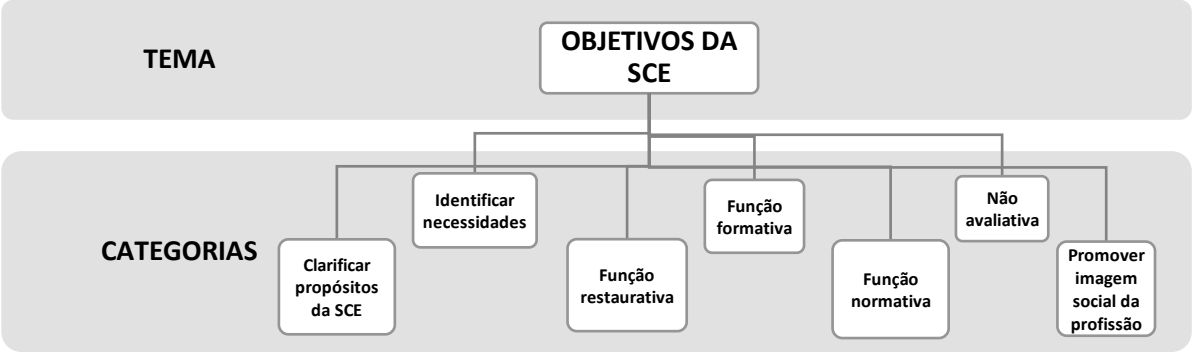


Figura 24 – Objetivos da SCE proposta: categorias

5.4.1. CLARIFICAR OS PROPÓSITOS DA SCE

Da análise verificou-se, ainda que pela exemplaridade, da importância atribuída pelos participantes à definição e discussão daquilo que se pretende com a supervisão, sob pena desta não servir os desígnios profissionais, podendo mesmo vir a criar conflitos. Neste sentido, emergiu a categoria «**clarificar os propósitos da SC**», pela importância de tornar claro, para os envolvidos, quais os desígnios da SCE e das atividades que lhe são próprias.

> *Então tu estás atento aquilo que eu faço e não se apercebe a tua intenção? Deve existir essa partilha, discussão sobre a intenção da supervisão, caso contrário poderá ser um momento de conflito.* ***E15CH***

Efetivamente, esta opinião vai de encontro ao sugerido pela evidência que sugere que algumas das perceções negativas inerentes à SC estão relacionadas com a ausência de diretrizes e de objetivos compartilhados em torno da mesma, pelo que é recomendado que esta tenha uma estrutura clara, com objetivos bem definidos, discutidos e compartilhados (Jones, 1997; Sweeney, Webley & Treacher, 2001; Kleiser & Cox, 2008).

Salienta-se ainda que é transversal a todas as políticas de SC, seja na área de enfermagem, ou outras, a definição dos objetivos das mesmas.

5.4.2. IDENTIFICAR NECESSIDADES

Relativamente à categoria «**identificar necessidades**», identificaram-se duas dimensões: a «***pessoal***» e a «***organizacional***».

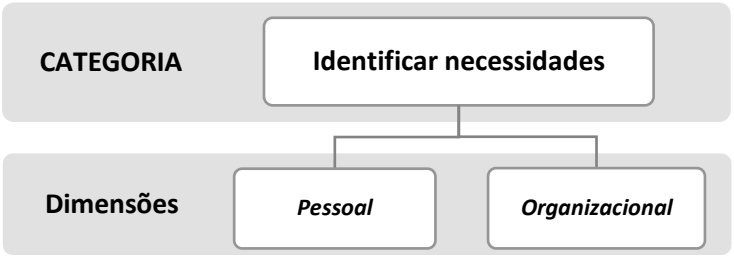


Figura 25 - Dimensões inerentes à categoria «identificar necessidades»

Efetivamente, a supervisão pode ser analisada a partir de várias perspetivas, entre as quais a perspetiva da personalidade, de situação, de interação, e organizacional (Sloan, 1999). Face aos objetivos da SCE, a consecução dos mesmos também pode ser analisada em função destas diferentes perspetivas, salientando-se que o discurso dos participantes aponta para a análise das necessidades dos supervisados, numa perspetiva pessoal e numa perspetiva organizacional.

Quer na vida, quer no decurso do desenvolvimento de qualquer atividade, o indivíduo confronta-se permanentemente com necessidades. Os profissionais envolvidos no processo supervisivos não são exceções a esta "regra", reconhecendo-se que, ao incorporar o seu papel, com toda a certeza se irão confrontar com as necessidades que lhe são inerentes, o que no caso do enfermeiro, no papel de supervisado, pode passar por necessidades de apoio no desenvolvimento das suas habilidades aos diferentes níveis, devendo estar a SCE ao serviço da identificação das mesmas, através da apreciação realizada pelo supervisor clínico.

I. Dimensão pessoal

Nesta dimensão identificaram-se duas extensões: a «*intrapessoal do supervisado*» e a «*interpessoal*».

a) Extensão Intrapessoal

Efetivamente, conforme explanaram, os participantes pretendem um programa de SCE

cujos objetivos passem pelo envolvimento do supervisado na identificação das suas próprias necessidades, inerente à extensão "*intrapessoal do supervisado*", e na solicitação de apoio ao supervisor.

> *Nós para sermos ajudados também temos que pedir ajuda, porque, se não pedirmos, também não somos ajudados!* ***E11CH****; Eu sinto-me bem quando há supervisão, até porque, tenho necessidade dessa supervisão. Por isso, acho que realmente, o suporte profissional pode ajudar os enfermeiros a desenvolverem-se mais e a terem uma maior segurança.* ***E13VP***

Nesta extensão intrapessoal os participantes evocaram a capacidade dos enfermeiros identificarem as próprias necessidades de supervisão e de solicitarem ajuda para lhes fazer face, sob pena de não serem ajudados, pois estas necessidades podem não ser identificadas pelo "outro", inclusive, pelo supervisor.

A consecução deste tipo de objetivo exige o desenvolvimento de capacidades que se cruzam com as capacidades de reflexão e de auto supervisão, problemáticas que abordaremos a jusante, a pretexto das estratégias de SC.

A identificação das próprias necessidades envolve, evidentemente, a autorreflexão, a autoanálise e a autocrítica sobre o desenvolvimento pessoal, sobre as práticas, e sobre as experiências pessoais do cuidar (Lindahl & Norberg, 2002). Exige ainda a consciencialização do profissional acerca das causas, dificuldades da prática e obstáculos com que se depara no seu processo de evolução, o que exige de si autorregulação metacognitiva baseada na reflexão, na compreensão e no controlo daquilo que pensa, sente e faz, e das reformulações que concretiza, ou que considere adequado concretizar (Grilo & Grilo, 2011; Carvalho, 2012).

b) Extensão Interpessoal

A extensão interpessoal remete para a identificação das necessidades do supervisado, por parte do supervisor, enquanto objetivo a atingir pelo programa de supervisão a implementar.

> *O supervisor tem que fazer uma avaliação no sentido de orientar.* ***E13CH****; Eu acho que na prestação dos cuidados diretos ao utente, muitas vezes, nós não sabemos se o que estamos a fazer é o mais correto. Nem sempre tenho formação para lidar com essas situações. Por exemplo, o luto; nestes casos a supervisão pode ajudar a identificar as nossas necessidades de formação, as nossas lacunas, que sozinhos não conseguimos.* ***E14VP****; Quando se nota que algo está mal, em prol da qualidade, várias sugestões terão que ser formuladas. Nomeadamente, saber qual é a razão, saber pontos de vista de pessoas, se está bem, se não está bem, se algo lhe aconteceu que esteja a impedir que, do ponto de vista da qualidade, não esteja a saber trabalhar (…) Na perspetiva da qualidade dos cuidados vê-se a necessidade do que se terá de fazer [do ponto de vista do apoio emocional]. (…) [a supervisão] deve ser em prol*

da necessidade. (…) como supervisor tenho eu que ver a necessidade dela [enfermeira] frequentar formação em que seja capacitada. ***E15CH***

A opinião dos participantes vai claramente de encontro aos pressupostos do modelo de SC de Nicklin (1997), cuja segunda fase do ciclo de supervisão, consiste, precisamente, na identificação de problemas/necessidades do supervisado, com o objetivo de delinear um plano de ação apropriado à colmatação destas necessidades.

É na metodologia científica que radicam as práticas de enfermagem. Talvez por este motivo a opinião destes enfermeiros vá de encontro aos pressupostos do modelo Nicklin (1997), cujo ciclo de supervisão também se orienta pela metodologia científica, o que estará na origem de muitos autores advogarem que este é um dos modelos mais utilizados em enfermagem, exercendo grande influência, e alcançado grande credibilidade, nomeadamente, por via da estruturação da SC em função do ciclo de supervisão, o qual proporciona a sustentação teórica do processo supervisivo, desde a análise das práticas do supervisado, a identificação das suas necessidades específicas, estabelecer objetivos e planear a intervenção individualizada e respetiva avaliação (Sloan & Watson, 2002; Winstanley & White, 2003; White & Winstanley, 2006; Best, 2008; Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2010).

Nicklin (1997) considera que o propósito da SCE é sustentar o equilíbrio entre as necessidades dos clientes, o desenvolvimento pessoal e necessidades de formação e de bem-estar do pessoal de enfermagem, sistemas que, não sendo distintos, são essenciais ao cuidar. Em síntese, considera que o objetivo principal da SCE é aumentar a eficácia dos profissionais pela sistemática gestão das complementares, mas frequentemente contraditórias funções, cujo papel inclui aspetos de gestão, educacionais e de apoio.

Este "olhar" sobre a SCE como processo "focado na solução" identifica-se com os modelos humanistas e comportamentais, na medida em que valoriza a relação humanista enriquecedora que aumenta o crescimento e desenvolvimento, usando esse relacionamento para ajudar o supervisado a avançar de forma positiva, passo a passo (Fowler, Fenton & Riley, 2007).

Alguns estudos realizados em diferentes áreas profissionais sobre a satisfação das necessidades identificadas nos supervisados revelaram resultados diversos, com implicações em todo o processo de SC, inclusivamente nos estilos de SC a utilizar pelo supervisor. Desde logo, na área do aconselhamento, identificaram-se diferenças nos diversos tipos de modelos de SC existentes e na forma como a sua utilização podia responder às necessidades dos supervisados. Neste sentido, consideramos que há um aspeto essencial a ter em conta na apreciação inicial dos supervisados, que consiste em

perceber qual o seu estilo predominante de aprendizagem, sobre o que nos debruçaremos noutro capítulo, onde refletimos sobre os estilos de aprendizagem de David Kolb, na medida em que este aspeto pode influenciar o processo supervisivo.

Segundo Munson (1975, p. 288, cit. por Sloan, 1999) a satisfação das necessidades do supervisado pode verificar-se a diferentes níveis, inclusivamente os que constam do quadro 5.

Quadro 5 – Níveis de satisfação das necessidades do supervisado

Relativamente ao trabalho
Com o apoio pessoal e encorajamento
Com a análise do trabalho
Com o apoio na melhoria das habilidades dignósticas
Com o apoio na melhoria do aporte teórico
Com o apoio na melhoria das habilidades técnicas
Com o apoio na melhoria das capacidades reflexivas e pensamento crítico
Com o apoio no desenvolvimento da autoconsciência e autoconfiança
Com o apoio na melhoria das capacidades éticas
Com a experiência de supervisão e exposição ao trabalho dos outros
Pedagógica
Administrativa
Geral
Controle da satisfação
Senso de realização

II. Dimensão organizacional

Para que o desenvolvimento dos profissionais se processe de forma adequada, na opinião dos participantes, há necessidades de índole organizacional que é importante serem identificadas, fazendo parte dos objetivos da SCE. A identificação desta dimensão prende-se com estes aspetos organizacionais que podem pôr em causa a qualidade, transpondo-se para necessidades afetas aos enfermeiros no exercício das suas práticas, considerando, os participantes, que estas necessidades serão mais facilmente identificadas num contexto com SC.

> *(…) a SC permite também mais facilmente avaliar as necessidades a nível da instituição, nomeadamente na implementação de protocolos que não se tem feito adequadamente, e tudo isso melhora a qualidade.* ***E18VP***

As organizações têm impacte na prática clínica e, por sua vez, os assuntos organizacionais são muito pertinentes para a SCE na medida em que podem ter impacte na qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, no contexto da SCE, devem ser identificadas e valorizadas as necessidades organizacionais, pelo supervisor clínico e pelo supervisado

(quando disto ele é capaz), no sentido de refletirem sobre a questão e encontrar soluções para suprir essas necessidades, que muitas vezes se transpõem para pessoais, em benefício do cliente (Sloan, 1999).

A consecução dos objetivos da SCE relativamente à identificação das necessidades do supervisado, face às duas dimensões identificadas, exige a focalização da atenção do supervisor em todos as funções da SCE disponibilizada (formativa, restaurativa e normativa), pois as necessidades podem manifestar-se a qualquer um destes níveis, mas também a sua focalização na organização e nas condições e recursos que esta está a mobilizar para que a SCE seja eficaz.

Sob o nosso ponto de vista, a identificação das necessidades constitui o ponto de partida para a SCE, no entanto, para atender às necessidades dos supervisados, é importante que os supervisores tenham conhecimento das caraterísticas dos mesmos, pois cada supervisado é único e é na particularidade das suas necessidades que o supervisor deve atuar (Munson, 2002).

5.4.3. GARANTIR A FUNÇÃO RESTAURATIVA DA SCE

Da análise do discurso dos participantes emergiu «**função restaurativa**», como categoria, na qual se identificam as subcategorias: «relação supervisiva»; «apoio pessoal»; «motivação»; «relações profissionais»; «satisfação»; e «desenvolvimento pessoal».

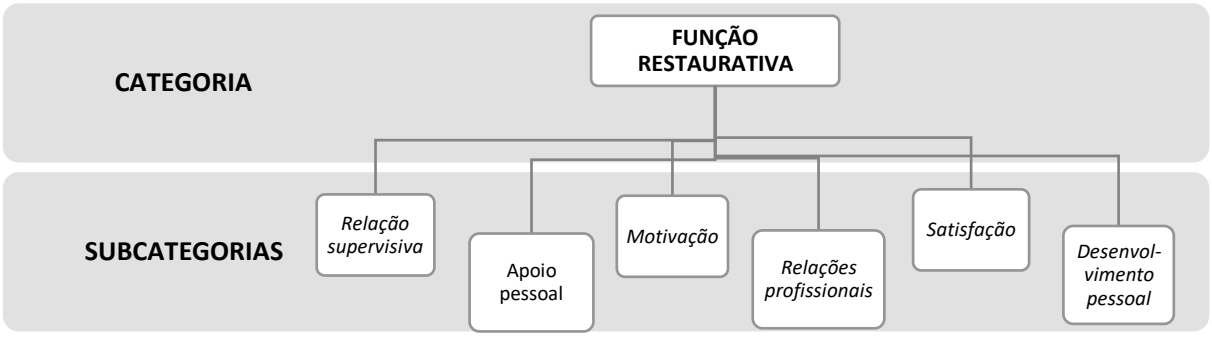


Figura 26 – Função restaurativa: subcategorias

A função restaurativa constitui um dos objetivos da SC, sendo mais frequentemente debatida do que as outras duas funções da SC.

As subcategorias que emergiram são, efetivamente, de natureza restauradora,

denominadas por alguns autores de suporte pastoral, que permite que os profissionais se desenvolvam, compreendam e consigam gerir o stresse emocional inerente á prática (Winstanley & White, 2003; Kleiser & Cox, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

I. Relação supervisiva

A discussão em torno da SC contém sempre mensagens implícitas, senão explícitas, sobre a «relação supervisiva». Neste sentido, Sloan (2005) considerava importante o desenvolvimento de estudos que desocultassem, desde a sua natureza, estes pontos de obscuridade, verificando-se que, ainda que pela exemplaridade, o discurso deste participante revelou consonância com o proposto pelo autor, deixando claro que a SC encerra um processo interativo.

> *É assim, para mim, supervisão clínica, digamos que é um processo interativo, entre supervisor e supervisado, (…).* ***E6CH***

Esta interação implica, necessariamente, a relação entre as pessoas que exercem a supervisão e as pessoas que elas supervisionam (White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

No seu sentido mais lato, o termo "relação" refere-se ao modo como supervisor e supervisado estão conectados, como trabalham juntos para cumprir os seus objetivos, alguns dos quais são comuns, outros são idiossincráticos, daí que, face ao contexto das orientações particulares da supervisão, a natureza, qualidade e função da relação devem ser definidas em termos específicos (Dye, 1994).

A multiplicidade de definições de SC aponta para a componente relacional que esta encerra, a qual exige um certo nível de competência interpessoal. Por exemplo, a Community Psychiatric Nurses Association [CPNA] (1985) refere-se a uma "dinâmica, focada na experiência interpessoal"; Barber e Norman (1987) destacam "um processo interpessoal"; e Butterworth e Faugier (1992) referem "uma troca". Contudo, Sloan (2005) entende que apenas um pequeno número de autores de enfermagem, principalmente no Reino Unido, reconheceram a importância da relação supervisiva, entre os quais identificam Butterworth e Faugier (1992), Bond e Holland (1998), Sloan (2000), Chambers e Cutcliffe (2001), Best (2008), Brunero e Stein-Parbury (2008), Wright (2012), Dilworth et al. (2013), Allan et al. (2017) e Snowdon et al. (2017).

Bond e Holland (1998) já afirmavam que a qualidade da relação de supervisão tem uma influência importante sobre a eficácia global da SC.

No âmbito da formação profissional, Tavares (1993) considerava uma dimensão pessoal e interpessoal da relação que se desenvolve em três percursos conceptuais: a pessoalidade, a interpessoalidade e a formação. O princípio da pessoalidade é antítese da individualidade, pois caracteriza-se pela indivisibilidade e unicidade. A pessoalidade é estimulante, criativa, transparente, é verdade e autenticidade; é humanidade em dialética.

Também, à luz desta perspetiva, desde a formação inicial que os *currícula* dos cursos de enfermagem são elaborados tendo por objetivo a formação de profissionais reflexivos, contemplando conteúdos que proporcionam o desenvolvimento de competências técnicas e científicas. Contudo, encerram uma forte componente de promoção de competências do domínio da comunicação e relação pessoal e interpessoal.

Desde o início do seu percurso de formação que o enfermeiro é levado a refletir sobre a importância da relação pessoal e interpessoal, ou seja, a relação consigo mesmo, a sua autoestima, autoconfiança e autoconhecimento, enquanto condições fundamentais para estabelecer boas relações com os outros, pelo que seja compreensível que se tivesse identificado esta componente no discurso dos participantes.

> *É meio caminho andado! A relação é meio caminho andado na supervisão, é muito importante! (…). Tem que se ter boas relações para poder atingir outros aspetos da supervisão, senão não se consegue uma boa supervisão*. ***E15CH***; *O aspeto da relação é o principal na supervisão*. **E8VP**

A qualidade da relação supervisiva tem uma contribuição significativa para a eficácia do SC e atendendo ao esforço científico que tem vindo a ser feito no sentido de demonstrar a eficácia da supervisão, alguns autores consideram razoável aprofundar a pesquisa no que concerne à relação entre o supervisor e supervisado (Sloan, 2005).

No âmbito relacional, é função do supervisor clínico em enfermagem apoiar o desenvolvimento do profissional, seu par, ajudando-o a contornar as dificuldades, a refletir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade. O seu papel é central na promoção da qualidade das práticas, processo para o qual a qualidade da relação supervisiva se constitui como fator determinante, pois a qualidade e promoção das práticas passa, indiscutivelmente, pela promoção de uma atitude reflexiva onde a relação supervisiva, ao valorizar a perspetiva de cada um dos intervenientes no processo, permite tornar significativa a atividade comum (Cottrell, 2001), o que também foi percecionado pelos participantes.

> *(…) se calhar, termos uma pessoa connosco, que não que está em cima de nós, mas que, como nosso colega, se calhar a relação entre colegas é diferente, acho que a relação era diferente se tivéssemos uma pessoa, colega, a avaliar-nos a qualidade.* ***E3VP***

A atmosfera afetivo-relacional que envolve todo o processo supervisivo condiciona-o, negativa ou positivamente, pelo que, esta constitui uma das peças fundamentais do processo, devendo assentar, desde o início, numa boa relação entre supervisor e supervisado. Para que tal relação se estabeleça, é importante, desde o início, desfazer alguns mitos e preconceitos que se foram criando e alimentando ao longo dos tempos, inerentes ao estatuto e relacionamento entre os envolvidos, tendo em consideração que a definição de uma relação de supervisão adequada e eficaz varia de acordo com diversas variáveis identificáveis, ora fixas (estáticas), ora mutáveis (dinâmicas), devendo a relação ser estruturada de acordo com o conhecimento e consentimento de ambos, supervisor e supervisado (Dye, 1994).

Numa perspetiva ecológica, a presença do outro e a sua capacidade de, progressivamente, ir transferindo responsabilidade, neste caso para o supervisado, faz com que este também se passe a responsabilizar mais pelas suas tarefas, desempenhando-as com maior autonomia, e assumir outras que lhe são novas, bem como novos papéis, o que é fundamental para o seu desenvolvimento. Neste sentido, Bronfenbrenner, acerca da interação interpessoal refere:

> *A aprendizagem e o desenvolvimento são facilitados pela participação da pessoa no desenvolvimento de padrões progressivamente mais complexos de atividade recíproca, com alguém com quem essa pessoa desenvolveu um apego emocional forte e duradouro, e quando o equilíbrio de poder se desloca gradualmente a favor do desenvolvimento* (Bronfenbrenner, 1979, p. 60).

Segundo Alarcão e Sá-Chaves (2001, p. 148), as relações interpessoais assentam em três princípios, que também se aplicam à SCE: a reciprocidade, que exige coordenação entre os envolvidos na relação, e *feedback* mútuo, que mantém viva a motivação; equilíbrio de poder, que deve ser transferido do supervisor para o supervisado, não excluindo que um dos elementos possa ser mais influente; e relação afetiva, que pode ser positiva, negativa ou neutra, mas da sua natureza dependem os contributos para o desenvolvimento.

O ambiente afetivo-relacional que envolve o processo supervisivo condiciona-o, pelo que, é essencial para a eficácia da SCE que o processo seja assente numa boa relação entre supervisor e supervisado.

II. Apoio pessoal

Sem dúvida que os aspetos aqui refletidos sobre a relação supervisiva nos apontam para a componente restaurativa da SC, pois enquanto função de apoio social, inevitavelmente

tem que envolver uma robusta componente relacional, o que também foi entendimento dos participantes, donde se entende que o «apoio pessoal» constitui uma propriedade importante da «interação e relação», intrínseca ao processo de supervisão.

> *Penso que também pode envolver a parte pessoal e, portanto, a partilha, também, às vezes, de algum problema mais emocional (…).* ***E2RP****; (…) assegurar das questões de suporte mais pessoal, das questões do apoio.* ***E7RP****; E acho que o objetivo da supervisão clínica é esse, cuidar o profissional para assim prestar melhores cuidados.* ***E14VP****; (…) porque o objetivo da supervisão é o bem-estar do profissional, para ele poder prestar bons cuidados.* ***E2VP****; Quanto mais nos cuidarmos a nós, para crescermos, melhor a qualidade dos cuidados que podemos fornecer aos nossos utentes.* ***E8CH****; E este apoio que o supervisor pode dar, pode ajudar muito a que a pessoa consiga…, tanto para a pessoa em si, que prestará melhores cuidados na prática, como para a pessoa que os recebe.* ***E11VP***

A evidência sugere que a SC promove a legitimação de suporte aos profissionais através do *feedback* do supervisor, proporcionando apoio e alívio do stresse, contudo, só pode tornar-se demonstrável após alterações restauradoras significativas (alterações no bem-estar pessoal) (Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

Segundo Brunero e Stein-Parbury (2008), os resultados esperados da função de suporte, consistem em fornecer apoio social aos colegas no sentido de: criar empatia, ouvir e ser solidário, promover o *coping* no trabalho, facilitar o envolvimento com o contexto, promover sentimentos de segurança e satisfação profissional, diminuir a ansiedade, aumentar a motivação, catarse, promover ambiente de trabalho saudável, melhorar relacionamento e confiança entre profissionais, reduzir os conflitos, reduzir o cansaço e evitar o *burnout, promover a r*ealização e desenvolvimento pessoal.

No estudo de Pires (2004) os enfermeiros consideraram que "cuidar" dos profissionais é fundamental, pois se tivermos profissionais "bem cuidados", temos pessoas com muito mais disponibilidade para ouvir, para trabalhar e para cuidar, considerando que "*Se nós cuidarmos bem de nós, naturalmente, cuidaremos bem dos outros*", pois "*Se eu estiver bem comigo, tenho gosto em prestar cuidados e tento atingir o limite máximo de qualidade; tenho disponibilidade mental para trabalhar bem*" (2004, p. 171).

III. Motivação

> *(…) para ter uma ideia do trabalho que fazemos, e para dar valor às coisas que fazemos, só por esse aspeto, se calhar até valia a pena ter supervisão.* ***E12VP****; (…) é importante o incentivo mesmo da chefia é sempre importante e se for de um colega também é bem-vindo sempre. Portanto, acho que sim.* ***E1RP***

IV. Relações profissionais

Eu acho que era muito bom, mesmo pelo diálogo e a amizade que se cria entre as pessoas, podermos ter supervisão. ***E7CH****; (…) é importante a SCE proporcionar a proximidade* ***E15CH***

V. Satisfação

(…) a SCE deve contribuir para melhorar a satisfação profissional (…). Acho que a satisfação pessoal também deve aumentar; a pessoa, se tem resultados positivos, acho que também cresce pessoalmente. Tudo deve ser valorizado em todos os sentidos ***E13CH****; Eu acho que é importante [a SCE], e mais uma vez, digo que nós precisamos de alguém que nos apoie quando não nos sentimos tão bem.* ***E1RP****; E o suporte emocional também pode levar ao nosso bem-estar emocional e à satisfação. E a SC deve contribuir.* ***E5CH***

VI. Desenvolvimento pessoal

(…) temos que nos formar melhor enquanto pessoas e profissionais. (…) a SCE deve contribuir para melhorar a nossa formação nestas áreas, mudarmo-nos a nós mesmos. Só assim é que podemos pensar em melhorar a qualidade dos nossos cuidados. ***E14CH****; A SCE tem a vantagem de proporcionar a possibilidade de desenvolver-nos a nível pessoal. (…) A nível do saber estar na profissão passa pelas características de cada um, mas, com a supervisão, isso também se pode trabalhar.* ***E5VP***

Todas estas subcategorias, de natureza restaurativa, devem ser consideradas na consecução dos objetivos da SCE, pois à luz da própria definição, desde DoH (1993), ao UKCC (1995), a Bond e Holland (1998), Winstanley e White (2010), Allan et al. (2017), Snowdon et al. (2017), entre muito outros autores, a SCE consiste num processo formal de apoio, pelo que os programas de SCE têm que desenvolver estratégias que concretizem este desiderato.

As evidências sobre os benefícios pessoais da SC (Hallberg & Norberg, 1993; Butterworth, et al., 1997; Winstanley & White, 2003; Garrido, 2004), mostram, efetivamente, que estes radicam no apoio disponibilizado aos supervisados no acompanhamento das suas práticas, no suporte pessoal e profissional (Holloway, 1995; Bond & Holland, 1998; Van Ooijen, 2000; Cutcliffe, 2001).

As dinâmicas supervisivas devem ser perspetivadas a nível abrangente, onde todos os fatores que estas envolvem são igualmente importantes e intimamente interligados, pois os aspetos pessoais e emocionais são fortemente condicionadores da interação dos atores e da própria SCE (Munson, 2002). À luz dos estudos na área das neurociências, tem-se demonstrado que, ao contrário do que se pensava, a pessoa e as emoções são centrais à tomada de decisão. Aliás, num dos estudos pioneiros em SCE realizados no nosso país, Garrido (2004), ao relacionar a supervisão com a qualidade de vida e satisfação dos

enfermeiros, verificou que muitos dos inquiridos consideravam ter uma boa qualidade de vida e estavam muito satisfeitos com a supervisão e apoio que lhes eram disponibilizados.

Face às dimensões identificadas, torna-se evidente que, para os participantes, a consecução dos objetivos da SCE em torno do apoio ao supervisado, tem uma componente focalizada na função restaurativa. Até porque, estas dimensões vão de encontro aos *outcomes* desta função, conforme a categorização dos *outcomes* reportados pelo modelo de Proctor, segundo Brunero e Stein-Parbury (2008).

Desde o início da sua utilização na área das psicoterapias, a noção de gestão da resposta emocional à assistência ao cliente, tem sido determinante para a SC, tornando-se considerável o uso de medidas relacionadas com o stress e o comportamento humano, com grande enfoque no apoio e nos efeitos restaurativos da SC (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

5.4.4. GARANTIR A FUNÇÃO FORMATIVA DA SCE

Os participantes entenderam que a SCE deveria ser um processo com funções de natureza formativa, donde emergiu a categoria «**função formativa**».

> *Para mim a supervisão deveria ser um processo de formação, de ajudar as pessoas a desenvolverem-se, a formarem-se enquanto profissionais.* ***E14CH****; SC é assegurar das questões da formação, (…).* ***E7CH***

Esta categoria integra as subcategorias: «ensino/formação»; «construção do conhecimento», face à qual foi identificada a dimensão «***orientação na atualização do conhecimento***»; «desenvolvimento de competências»; «desenvolvimento da autorreflexão»; «reflexão acerca das práticas»; «apoio profissional»; «observação das práticas»; e «desenvolvimento profissional».

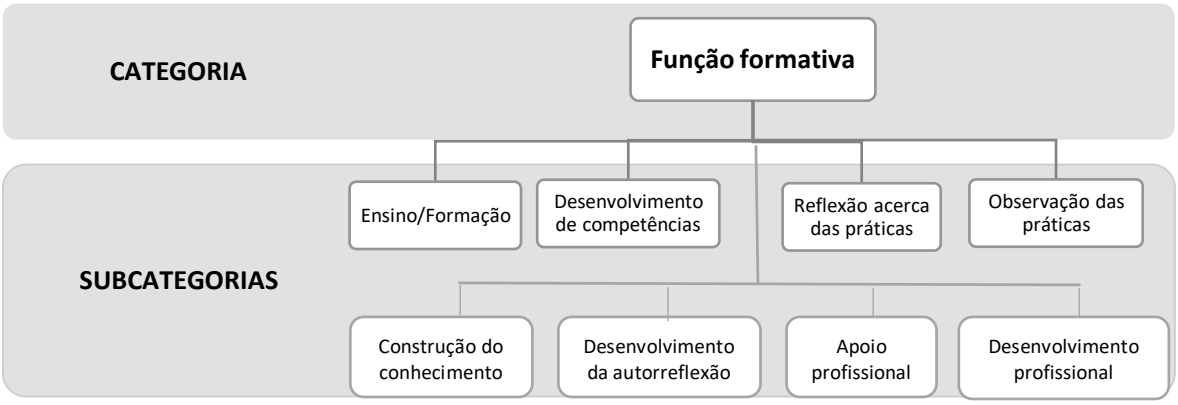


Figura 27 – Função formativa: subcategorias

Butterworth e Faugier (1992) já descreviam a SC um processo que habilita os profissionais para o desenvolvimento de competências, na medida em que facilita a partilha de experiências entre profissionais em exercício e proporciona oportunidades para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A perspetiva dos participantes foi congruente à dos referidos autores, considerando que a SC pode contribuir para desenvolver competências, conhecimentos, e desenvolver-se profissionalmente, o que entenderam ser facilitado pelo facto de serem duas pessoas envolvidas:

> *A supervisão deve contribuir para desenvolver mais conhecimentos, mais competências, (…).* ***E17VP****; [SCE] É um processo através do qual se permite o desenvolvimento de competências, com esse objetivo.* ***E5VP****; A SC é uma forma de ajudar a pessoa a desenvolver competências, a melhorar o seu desenvolvimento profissional. (…). É evidente que, sendo duas pessoas envolvidas [supervisor e supervisado] no processo, é muito mais fácil desenvolvermos competências. É esse o objetivo.* ***E9CH***

Esta perceção âncora numa perspetiva ecológica da SCE, em que o supervisor clínico, detendo-se na singularidade dos casos com que se confronta e mobilizando os recursos necessários no sentido de facilitar experiências, reflexões e aprendizagens cientificamente consistentes, desenvolve as competências que lhe permitem atingir cada vez maior qualidade no cuidar (Cottrell, 2002; Abreu, 2003).

I. Ensino/Formação

Em 1980, Goldhammer, Anderson e Krajewski, já sugeriam que, entre outras funções, a SC comporta componentes curriculares e formativas, entre elas, "ensinar[16]". Em 1995, Williams, também aponta a supervisão como um ensinamento que ocorre no contexto da prática e fornece uma ponte entre *campus* académico e clínica. Também no discurso dos participantes neste estudo estava patente esta perspetiva, identificando-se esta subcategoria como intrínseca à formação e desenvolvimento profissional:

> *(…) mas, em contrapartida, SC também é orientar e encaminhar, SC é quase como educar, ensinar.* ***E12VP****; [A SC] (…) é ensinar, treinar e instruir, (…)* ***E15CH***

De facto, são muitos os autores e documentos governamentais/institucionais que se referem à SC como um processo que envolve educação[17], ensino e aprendizagem, centrando-se no objetivo de ensinar e estabelecer uma relação de ensino aprendizagem

[16] Ensinar - Informar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (International Council of Nurses, 2010, p. 96)

[17] Educar - Ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém (International Council of Nurses, 2010, p. 96)

que permite melhorar os pontos fortes e identificar os pontos fracos do supervisado (DoH, 2005). Na evidência disponível é transversalmente aceite que a SC, seja qual for o seu âmbito de aplicação, passa, indiscutivelmente, pela identificação das necessidades de formação e de aprendizagem do supervisado (White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

Bertman (1991), referiu ser de suma importância que, nesta esfera de relação, sejam criadas e incorporadas estruturas formais de ensino. No estudo de Tavares (2013), os enfermeiros também identificaram na SCE uma componente de ensino teórico e prático.

Sloan e Watson (2002) consideram que também nos modelos de SC no âmbito das terapias cognitivas, os resultados da investigação relativamente a aspetos que foram identificados como imprescindíveis para uma supervisão ideal, remetem para a importância de proporcionar oportunidades para que o supervisado possa observar o seu supervisor na sua prática clínica, para que este último lhe possa ensinar, demonstrar e incentivar o uso de novas habilidades recorrendo a estratégias adequadas, fornecer-lhe literatura educacional relevante (Worthington & Roehlke, 1979, cit. por Sloan & Watson, 2002), bem como orientações e ensino relativamente ao tratamento e intervenções terapêuticas (Rabinowitz et al., 1986; Worthington, 1984, cit. por Sloan & Watson, 2002). Consideram, ainda, que o supervisor deve ter o conhecimento relevante, habilidades clínicas e capacidade de ensino para transmitir o seu conhecimento ao supervisado, pois ensinar as atividades de trabalho e de rotina é uma das suas funções (Fowler, 1995).

Também as práticas de *mentorship* e *preceptorship* apontam para o recurso a estratégias de ensino face aos estudantes que desenvolvem as suas aprendizagens em contexto clínico, ou de enfermeiros recém-formados em integração, sendo uma das caraterísticas exigidas aos supervisores recrutados para este efeito, a sua experiência e habilidades de ensino demonstradas (Preheim, Casey & Krugman, 2006; Yonge, Diane & Myrick, 2007). Desta forma verificamos que as práticas supervisivas estão impregnadas de estratégias de transmissão de conhecimentos do supervisor aos supervisados.

II. Construção do conhecimento

Como sugerem os modelos e Proctor (1986) e Nicklin (1997), a SC contempla uma componente formativa/educacional que provê, entre outros aspetos, a construção de conhecimento profissional, tal como era perspetivado pelos participantes:

O objetivo da SC é aumentar o conhecimento para se prestarem melhores cuidados. ***E5CH****; (…) a supervisão deve contribuir para desenvolvermos os nossos conhecimentos e evoluirmos as práticas, com a nossa própria autorreflexão, com a reflexão com os outros e com o que o*

*supervisor nos chama à atenção. **E12CH**; (…) é importante a supervisão, porque ajuda uma pessoa a ter outros conhecimentos, (…). **E2CH***

Ao desenvolvimento de conhecimento está, indiscutivelmente, associado o desenvolvimento profissional, também previsto na função formativa da SC (Proctor, 1986; Nicklin, 1997). No discurso dos participantes percebe-se da importância que atribuem à dimensão da construção do conhecimento, que associam ao desenvolvimento profissional:

*(…) a supervisão deve ajudar a preparar-nos melhor profissionalmente e em termos de conhecimentos, para lidarmos melhor com as situações. É esse o objetivo. **E14VP**; Acho que o suporte profissional, a SC, deve ajudar a nível dos conhecimentos. Pode contribuir para desenvolver os nossos conhecimentos. (…) a supervisão é uma forma de evoluirmos em termos de conhecimentos e profissionalmente, através da reflexão em conjunto. **E7CH***

Neste sentido, identifica-se como uma dimensão desta subcategoria a «***orientação na atualização do conhecimento***».

No decurso do estudo sobre indicadores das estratégias de supervisão, no âmbito das estratégias de formação profissional dos enfermeiros, Pinto (2013) refere parecer-lhe pertinente que o supervisor, ao identificar as necessidades de formação do supervisado, lhe indique também fontes de pesquisa, no sentido de proporcionar um investimento sustentado e adequado às necessidades identificadas. Na realidade, das perceções que recolhemos dos participantes, estes entenderam que a SC passa também por apoiar na pesquisa da melhor evidência científica.

*Uma orientação é sempre boa quando procuramos atualizar-nos nos conhecimentos novos que vão surgindo. Eu acho que [SC] faz falta no sentido de poder orientar, também, a nível de aquisição de novos conhecimentos, porque, muitas vezes, nós nem paramos para refletir muito nesse sentido. Se de vez em quando houver uma orientação, acho que só faz bem, ajuda a refletir, o que é um bom princípio. **E13CH**; (…) se calhar até da necessidade de ir pesquisar, dizer - "Então deixa lá ver como é que eu posso fazer melhor" - E até fazer-nos ir estudar! Porque não? Até estudar outras práticas novas, mais atualizadas. Se calhar, a supervisão pode ajudar-nos a ter melhores conhecimentos e práticas. **E4CH***

Alguns estudos sugerem que os supervisores estão cientes da importância do seu papel na formação dos supervisados, na aquisição dos seus saberes e desenvolvimento de competências, no sentido de incrementar as experiências clínicas. Neste sentido, a qualidade das fontes de pesquisa que indicam são um elemento fundamental no suporte e formação contínua dos profissionais (Myall et al., 2008; Moseley & Davies, 2008; Rogan, 2009).

No estudo de Cruz (2012) os enfermeiros também referem que ser bom profissional, passa por se manterem atualizados, conhecedores dos conteúdos teóricos e práticos. Neste sentido, a autora refere que no decurso da investigação, o processo de formalização da

SCE passou pela constituição de um contrato individual entre os enfermeiros supervisores clínicos e os supervisados, que responsabilizava o supervisor clínico a incentivar a pratica baseada na evidência. Borges (2013) refere que alguns enfermeiros supervisores clínicos apontaram como fatores que facilitaram a implementação de um projeto na área da SCE, foi o suporte disponibilizado por parte dos investigadores e da instituição, no que diz respeito à adoção de uma atitude de apoio e sustentação do processo, inclusivamente o fornecimento de bibliografia de apoio. Por sua vez, o estudo de Tavares (2013) aponta a orientação como um aspeto fulcral da SCE.

Também nas políticas de SC de organismos governamentais de diferentes países, entre os quais Community Health Oxfordshire (2010), é feita referência sistemática à necessidade do desenvolvimento das práticas baseadas na evidência como um dos elementos fulcrais da SC.

III. Desenvolvimento da autorreflexão

Os participantes eram de opinião que:

> *A SC é um modo de nos autoavaliarmos, tem por objetivo sermos capazes de nos avaliarmos a nós próprios (…).* ***E3VP****; (…) às vezes nós habituamo-nos à rotina e não estamos despertos para refletir sobre aquilo que nós fazemos no dia-a-dia, e a supervisão poderá ser esse elo que falta, porque também tem esse objetivo.* ***E9CH***

Esta subcategoria cruza-se com a estratégia de SC "autosupervisão", que abordaremos a jusante, num capítulo sobre as estratégias de SC.

IV. Reflexão acerca as práticas

Outra das subcategorias da função formativa, que entendemos ser indissociável de práticas inerentes aos processos de «aprender e ensinar», é a «reflexão[18] acerca das práticas», que foi evidente no discurso dos participantes, tal como já o era nos estudos de Pires (2004) e Tavares (2013):

[18] Reflexão - 1. Ato ou efeito de refletir ou refletir-se. 3. Ponderação, meditação. 4. Comentário, pensamento (Porto Editora, 2015)

Supervisão é uma partilha de conhecimentos tanto para o supervisor como para o supervisionado. Partilha de conhecimentos, de aprendizagem. ***E7CH****; (…) partilha de experiências, a colocação de dúvidas ao supervisor, por parte do supervisado.* ***E2RP****; A SC deve orientar para uma prática reflexiva e responsável, (…) [o supervisor] tem que saber como levar a pessoa a fazer isso, essa reflexão, treinar a reflexão com os supervisados, porque a ideia da SCE é essa, o supervisor levar o enfermeiro a fazer essa reflexão crítica sobre as práticas.* ***E16CH****; É um processo que permite que a gente possa fazer uma reflexão da prática do dia-a-dia. Tem esse objetivo!* ***E4VP****; A supervisão é importante porque tem esse objetivo de desenvolver a reflexão, a partilha, tudo! Acho que a supervisão ia-nos beneficiar por partilharmos as nossas dúvidas com alguém que a gente sente que sabe mais do que nós e que nos permita chegar a um consenso.* ***E7CH***

Clarificamos, antes de mais, que para a discussão, usamos os termos "reflexão" e "prática reflexiva" como sinónimos, o que é congruente com os achados de O'Connor et al. (2003) que concluem que estes termos são usados como tal.

Na realidade, a generalidade da evidência disponível refere-se à SCE como um processo indissociável da reflexão (Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

Também na investigação produzida em Portugal por Garrido (2004), Pires (2004), Cruz (2012), Borges (2013), Tavares (2013), Rocha (2014), entre outros, a reflexão acerca das práticas surge como núcleo da SCE.

O conceito de prática reflexiva não é novo, Boud, Keogh e Walker (1985) afirmavam que caracteriza o indivíduo e suas experiências, levando a uma nova perspetiva ou compreensão conceitual, incluindo os autores o elemento de aprendizagem, bem como o envolvimento do eu, para definir a prática reflexiva: "*A reflexão é um fórum de resposta do formando à experiência*" (1985, p. 18).

Em 1986, Garman já referia que a reflexão deveria ser colocada como um processo fundamental na prática dos professores e supervisores, sendo a reflexão sobre a ação e reflexão através de recordações/memórias das experiências, que Schön (1987) denominaria de "reflexão sobre a reflexão na ação", dois procedimentos essenciais a este processo, considerando a reflexão como "o coração" da SC (Garman, 1986).

A importância da prática reflexiva como meio de aprendizagem também é apoiada por Johns e Freshwater (1998) que referem que a compreensão da finalidade da prática reflexiva e de seus componentes pode ser adquirida em função das definições, considerando que esta envolve a reflexão individual e a exploração de experiências.

Em 1993, Ronnestad e Skovholt apontavam, desde logo, os processos reflexivos associados à supervisão clínica como a ponte pela qual os supervisados começavam a ocupar o "grande abismo entre teoria e prática", através da incorporação do conhecimento teórico-prático (p. 396). De facto, o desiderato da SCE é conseguido por via da troca de

conhecimentos e experiências entre profissionais, que através das oportunidades de reflexão, apoio pessoal e profissional, permitem o desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Mills et al., 2005).

Na realidade, as representações dos participantes vão de encontro às muitas interpretações de SC que se encontram na evidência disponível, seja qual for o âmbito em que se desenrole. Sendo sistematicamente considerada como um método de desenvolvimento pessoal, baseado num processo formal de apoio profissional e de aprendizagem que envolve procedimentos específicos, tem na reflexão a pedra basilar, um conceito central no debate desta problemática, encontrando-se sistematicamente referência à sua relevância nos processos supervisivos, independentemente da área. Em todas as áreas do conhecimento onde se debate a problemática da SC, é transversal a ideia de que esta permite que os profissionais desenvolvam conhecimentos e competências na reflexão sobre as práticas e aprendam com a experiência.

Estes pressupostos já vêm a ser debatidos de forma sistemática desde os tempos de John Dewey (1910), autor em que Donal Schön encontrou os fundamentos para o trabalho que desenrolou nesta área, na qual se tornou um autor de referência, argumentando sobre a importância de conceitos como: conhecimento na ação (*knowing-in-action*); a reflexão na ação (*reflection-in-action*); a reflexão sobre a ação (*reflection-on-action*); e a reflexão sobre a reflexão na ação (*reflection on reflection-in-action*) (Schön, 1987).

Não obstante as análises que possam ser feitas "à obra" dos autores acima referidos, sobre a qual nos debruçaremos mais aprofundadamente noutro momento, na realidade, elas são fundamentais para a compreensão da importância da reflexão na SC. Na medida em que, destinando-se a SC a identificar soluções para diferentes tipos de problemas e melhorar a qualidade da prática clínica, aumentando a compreensão das questões profissionais, através da incorporação sistemática de processos reflexivos (Hirkäs et al., 2001), a importância da "reflexão na ação", "reflexão sobre a ação" e da "reflexão sobre a reflexão na ação", ao que, com base nos trabalhos de Sá-Chaves (2000) acrescentamos de uma fase pré-ativa "reflexão para a ação", torna a prática reflexiva, indiscutivelmente, uma ferramenta essencial à SC.

Considerando o exposto, não podemos deixar de lançar um "outro olhar" sobre a matéria inerente à supervisão e reflexão, a preceito do qual voltamos ao discurso de um dos participantes:

[SC] "(…) consiste na partilha de angústia, na partilha de dúvidas, na partilha de conhecimentos (…) na partilha de experiências (…)". ***E2RP***

Confrontando esta perspetiva de "partilha" com a de Ordaz (2011), no âmbito do uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem, somos transportados para o "*encantamento de contar estórias"* associado à atividade humana, em que *"(…) as estórias que ouvimos e contamos situam-nos no mundo em que vivemos, dão-lhe sentido, valor, e transformam-no à medida que nos transformamos (…). As estórias do presente e do passado são uma forma de diminuir as distâncias entre lugares e pessoas, dando um sentido coletivo ao que fazemos e somos*" (p. 71).

Diferentes autores têm vindo a admitir a relevância das estórias dos enfermeiros, habitualmente intensas, como meio para a compreensão da prática e como processo de construção do conhecimento em enfermagem, bem como da sua difusão, na medida em que contribuíram para que alguma coisa se transformasse nos protagonistas (Boykin & Schoenhofer, 1991; Ordaz, 2011).

A partilha de angústias, de dúvidas, de conhecimentos e de experiências dos enfermeiros feita através da narrativa das suas estórias, constituiu uma ferramenta privilegiada de acesso às suas experiências (Sandelowski, 1991). A narrativa das estórias facilita a estruturação das suas experiências, da memória e da sua projeção no futuro, na medida em que obrigam a um processo de autorreflexão, um exercício de busca da história havida onde residem as experiências vividas (a memória), que permite trazer ao presente as coisas passadas, mas também da história haver (a imaginação), que permite tornar presentes as coisas futuras, momentos fulcrais para a reflexão para a ação, na ação, sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação. É na partilha da história havida dos enfermeiros, das suas experiências, angustias, conhecimentos, que se encontram as raízes de construção do seu futuro. Há memórias que permitem fazer exercícios reflexivos e construir linhas de possibilidade linhas de desenvolvimento humano e profissional, capacidade de partilha, mais hipóteses na história haver, mais amplas possibilidades de construção do futuro, que será tão mais rica quanto mais capazes forem os profissionais de partilhar essas memórias, essas experiências, essas "estórias", com os seus pares, daqui resultando a construção de conhecimento.

Na atividade profissional dos enfermeiros, a partilha das suas "estórias", na medida em que falam de um tempo, de um espaço, de uma dada experiência, são um elemento de acesso privilegiado às experiências vivenciadas, de partilha e de reflexão sobre as mesmas, logo de construção do conhecimento.

A reflexão é um elemento central no processo de construção do conhecimento a que Rui Mota Cardoso se referiu como o "*Tomar posse da realidade, apre(e)ndê-la, (com)preendê-la...*", entendendo-se que esta construção continuada não é um processo cumulativo, mas

transformador, cuja chave da sua compreensão está na ideia do desenvolvimento humano (Cardoso, 2002, p. 1). Num contexto em que a reflexão se constitui como uma das propriedades inerentes à formação e desenvolvimento profissional, anuímos a ideia de que não existe saber sem apropriação transformadora dos homens sobre a realidade, numa *práxis* de ação-reflexão que entendemos indissociáveis (Cardoso, 2002).

Face ao exposto, entendendo-se que a construção dos sentidos e dos saberes em enfermagem estão alicerçados nos processos reflexivos e que é explícito, desde Garman (1986), que a reflexão é "o coração" da SC, é de suma importância a perceção dos participantes ao considerarem que a SC é um processo impregnado de partilha: partilha de conhecimento, de experiências, ou seja, de reflexão acerca das práticas, fundamental à formação e desenvolvimento dos enfermeiros, logo, à construção do conhecimento em Enfermagem.

No entanto, não obstante todos os desenvolvimentos a que temos assistido na afirmação da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, quer a nível estatutário, académico, das práticas, da investigação, e, fundamentalmente do discurso exposto, voltamos a Ordaz (2011), que expõe a sua preocupação sobre o facto de que:

> *Apesar da importância que é dada pelos teóricos à partilha e reflexão dos vividos quotidianos como fonte de saberes, o que é certo é que tudo se organiza para que isso não passe de um exercício académico a prazo, que se esgota cumprido o objectivo de provar que foi útil, sem que daí efectivamente resulte um trabalho sistemático de dar sentido à experiência vivida, compreendendo a sua força de transformação e mudança. Muitos enfermeiros não reconhecem o valor das suas estórias, outros acham que ninguém os quer ouvir* (p. 72).

Este é um dos aspetos em que consideramos que a SC se pode constituir como um contributo inestimável para a Enfermagem, no sentido em que, tendo como componente fulcral a reflexão sobre as práticas, tem que, inevitavelmente, deter-se sobre os saberes ocultos que Ordaz considera serem "*(…) pacientemente tecidos ao longo dos anos, por enfermeiros e enfermeiras que souberam aprender com as pequenas coisas e se foram constituindo como referência para outros que beberam da sua perícia*" (p. 72), referindo, no entanto, manifesta inquietação ao verificar que há muito poucos contributos que se detenham sobre estes saberes, apontando a opinião de Byers (1999), "*There is often a lack of recognition of the widsom that years of experience can provide"* (1999, p.50, cit. por Ordaz, 2011, p. 72), como que para acentuar a tónica desta problemática.

V. Apoio profissional

Da análise emergiu também como subcategoria «apoio profissional», enquanto recurso fundamental a utilizar nos processos supervisivos, pois constitui-se como atributo/elemento estruturante da formação dos supervisados. Neste sentido, foi expressiva a perceção dos participantes neste âmbito:

> *Enfim, é o que a palavra diz, é uma supervisão… eu não diria no sentido de policiar, eu diria mais no sentido de apoiar e de ajudar.* ***E12CH****; Entendo um pouco a SC como sendo o acompanhamento, a orientação, esclarecer dúvidas, ouvir o outro. Um apoio profissional!* ***E17VP****; (…) é um apoio de um colega para outro, de alguém que está sempre presente para quando é necessário. De alguma forma, uma ajuda.* ***E1RP****; E ter alguém que realmente me apoie e que eu sei, se surgir alguma situação, posso recorrer a essa pessoa.* ***E4CH***

Também nos estudos de Garrido (2004), Pires (2004), Tavares (2013) e Carvalho (2015), as representações dos enfermeiros sobre a SCE, traduziram uma clara associação do apoio profissional ao processo de SCE, considerando-o um elemento nuclear da supervisão. Esta ideia está traduzida, desde sempre, e de forma transversal, em toda a evidência disponível sobre a SCE, perpassando, entre outros, o DoH do Reino Unido (1993), Fowler (1996), Arvidsson et al. (2001), Hyrkäs (2005), Jones (2003) e Brunero & Stein-Parbury (2008).

O DoH, no documento "*A Vision For The Future*", define SCE como um processo formal de apoio profissional e aprendizagem que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, e assumirem as responsabilidades pelo próprio desempenho profissional, assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes (DoH, 1993). Em 1995, McCallion e Baxter, referiram que a SC se constituia como um processo de suporte e apoio profissional que se devia impor ao modelo *ad hoc* de apoio entre colegas, no sentido de apoiar os profissionais nas suas práticas e ajudá-los a desenvolverem as suas competências. Fowler (1996) referia-se à SC como um processo de apoio profissional e de aprendizagem em que os enfermeiros são assistidos no desenvolvimento da sua prática, através de tempo disponível para a discussão regular com colegas experientes e peritos, acrescentando Brunero e Stein-Parbury (2008) que a SC permite que os enfermeiros façam esta discussão e análise regular sobre as suas práticas, num ambiente seguro e solidário.

Através da participação na SC os enfermeiros tornam-se capazes de fornecer *feedback* e sugestões aos seus colegas num esforço para aumentar a compreensão sobre questões clínicas. Neste sentido, identifica-se aqui uma das componentes da SC, ou seja, servir uma função educativa dos pares, o que nos aponta para a função formativa da SC, a qual

compreende a ideia de apoio profissional, o que também era percecionado pelos participantes, como podemos verificar pelo discurso.

> *A ideia com que eu fiquei, e já tinha alguma ideia, é que a SC consiste em alguém tentar ajudar o outro, aperceber-se de alguma maneira do seu trabalho e tentar ajudar a alterar comportamentos ou a melhorar atitudes.* ***E10CH****; A SC é apoiar em tudo o que for necessário para a pessoa adquirir as suas competências,* ***E15CH****; A SC deve ser um apoio que nós devemos ter perante os colegas, tanto a nível da prática como a nível emocional.* ***E11VP****; É a ideia que eu tenho de SC, é que no apoie em diversos sentidos.* ***E11CH***

Estas opiniões vão ao encontro das dos autores supracitados, encarando que a supervisão é um processo que envolve apoio profissional, no qual o supervisor transmite conhecimento, experiência e valores e, simultaneamente, dá apoio profissional atendendo às necessidades do supervisado.

Deste modo, a SC fornece a oportunidade para que os enfermeiros possam demonstrar apoio ativo ao aos colegas de profissão, de modo que, através da partilha e compreensão, eles percebam que "não estão sós" em seus sentimentos e perceções, e isso faculta tranquilidade e validação, proporcionados pelo apoio (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Não obstante o apoio profissional estar inevitavelmente associado à função formativa da SC, na realidade, este é um elemento comum às outras duas funções, daí a "popularidade" desta ter aumentado na década de 1990, como um dos métodos de apoio ao desenvolvimento profissional de profissionais de saúde (função formativa), ao *coping* (função reparadora) e à melhoria da qualidade dos cuidados (função normativa) (Hyrkäs et al., 2001).

VI. Observação das práticas

A «observação das práticas» constitui outra subcategoria inerente à função formativa.

Segundo Alarcão e Tavares (2007), os processos de supervisão devem assentar na observação, para que nenhum episódio observável passe despercebido, constituindo uma estratégia fundamental a análise e compreensão dos fenómenos observáveis e das razões que lhe estão subjacentes. Os participantes referiram-se à observação no contexto da supervisão como:

> *SC em enfermagem penso que é ter alguém que supervisione o nosso trabalho.* ***E7VP****; (…) a observação do trabalho (…).* ***E15CH****; (…) eu acho que é uma forma de (…) através da observação do trabalho melhorar a prática, tanto a nível profissional, como a nível de cuidados, através de reflexão sobre o que se pode melhorar. Através de observação e de conversas entre o supervisor e o supervisado.* ***E3CH***

A observação, permite recolher dados em primeira mão, duma situação real, ou outros eventos profissionais, envolvendo o face-a-face e outras interações entre

observador/supervisor e o observado/supervisado, no decorrer da análise da atividade profissional e comportamentos observados, com o sentido de definir os passos seguintes da supervisão, com o objetivo de otimizar o desempenho do supervisado (Abiddin, 2008). Esta perspetiva também foi identificada no discurso.

> *A minha perspetiva da SC é eu estar a trabalhar com um grupo de colegas e, não de uma forma pejorativa, verificar, observar como é que eles [enfermeiros] fazem determinado procedimento, e tentar discutir com os colegas se [o procedimento] está correto, ou se não está, para evoluirmos profissionalmente de forma favorável. Ou seja, a SC é um processo que permite o crescimento dos enfermeiros.* ***E16VP***

As opiniões destes enfermeiros vão de encontro à compreensão de que o acompanhamento e observação das práticas permitem perceber a forma como os profissionais se organizam e prestam cuidados de forma não pejorativa, mas sim construtiva. Também noutras investigações desenvolvidas em Portugal, a observação é identificada como uma importante estratégia de SCE (Carvalho, 2012; Tavares, 2013), pelo que se compreende que, como referem Cruz et al. (2012), os enfermeiros percebem que a SCE envolve a observação dos cuidados que prestam aos clientes.

Sob o ponto de vista da supervisão disponibilizada aos enfermeiros, esta deve ajudá-los a fazer a "observação" e análise da sua própria prática e dos contextos em que esta se desenvolve, a questionar, confrontar, analisar, interpretar e refletir sobre o observado, e a procurar as melhores soluções para as dificuldades e problemas com que se vai confrontando (Pires, 2004), ou seja, *"a observação adquire a sua máxima utilidade na formação (…) quando se associa efectivamente à retro-alimentação da informação ou do feedback"* (Serafini & Pacheco, 1990, p. 5).

VII. Desenvolvimento profissional

Neste sentido os participantes referiram:

> *(…) SC é um processo que permite o crescimento dos enfermeiros.* ***E16VP****; Também acho que a supervisão vai ajudar a pessoa que está a ser avaliada [supervisada] a crescer a nível pessoal e profissional.* ***E13CH****; SC penso que seja um processo que nos ajude a ter algumas oportunidades para crescermos tanto a nível pessoal como profissional, com esse objetivo. (…).* ***E2VP****; A SC tem o objetivo de proporcionar desenvolvermo-nos a nível pessoal e profissional E5VP; Se não fosse isso, se não houvesse alguma supervisão, nós nunca evoluíamos, estávamos sempre estagnados (…).* ***E7CH***

São muitos os modelos de SC versados na literatura e todos eles incluem, entre outros aspetos, os que se relacionam com o apoio e desenvolvimento profissional, que se matiza com o desenvolvimento de competências (NHS, 2009), pois é neste que reside a principal finalidade da SCE.

Nos estudos de Garrido (2004), Pires (2004), Carvalho (2012), Cruz (2012), Tavares (2013)

e Carvalho (2015), entre outros, o desenvolvimento profissional surge como um dos desideratos da SCE, assim como nas diferentes pesquisas a nível internacional (Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

Foram as reformas educacionais e da formação, acompanhadas do aumento da ênfase na responsabilidade em enfermagem, que impulsionaram a introdução da SC no Reino Unido e outros países anglo-saxónicos, Austrália e Nova Zelândia, argumentando-se que estes progressos garantem oportunidades de melhoria e desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros (Baxter, 2006).

Face à perceção dos participantes, a consecução dos objetivos da SCE, em torno do desenvolvimento de competências dos enfermeiros, abrange a construção do conhecimento, a capacidade de autorreflexão e da reflexão sobre as práticas, daqui se inferindo que as dimensões identificadas vão de encontro aos *outcomes* reportados pelo modelo de Proctor, relativamente à função formativa.

A área formativa da SC, inerente ao desenvolvimento habilidade e conhecimento, está bem documentada na literatura, sendo os resultados principais, neste domínio, obtidos ao nível do aumento do conhecimento, aumento da autoconsciência/autorreflexão, reflexão sobre as práticas, criação e inovação, sendo esta componente formativa também muito associada aos anos de experiência de enfermagem e ao desenvolvimento profissional (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

O desenvolvimento profissional pode considerar-se um dos objetivos *major* da SCE, pois este só se consegue através do desenvolvimento de competências a nível global, envolvendo, inevitavelmente, desenvolvimento pessoal (DoH, 1993; Winstanley & White, 2003; Butterworth et al., 2008; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Hull, 2014), concluindo Bowles e Young (1999) que a um maior domínio dos elementos formativos na SC, estava associado menos tempo de experiência e menor desenvolvimento profissional.

Não obstante o desenvolvimento profissional também constituir enfoque da função normativa do modelo de Proctor, temos que ter em vista que estas funções são interativas (Winstanley & White, 2003; Gallon, 2005; Brunero & Stein-Parbury, 2008), sendo fundamental que no processo de SCE o supervisor vá de encontro às necessidades individuais do supervisado, ao nível do desenvolvimento das suas competências e conhecimentos, congregando estes aspetos com as condicionantes envolventes, no sentido de otimizar o desenvolvimento profissional deste último (Henderson, 2014).

Em jeito de síntese, resta-nos referir que é perceção dos participantes a estrita relação entre a SC e a formação, apontando para que um dos objetivos da SC seja a garantia da

função formativa, um dos pilares do desenvolvimento dos enfermeiros, o que também é defendido por Proctor (1986) e Nicklin (1997). Esta função pressupõe uma estrutura educacional e de formação promotoras da evolução dos profissionais, no sentido da realização do seu potencial, através do desenvolvimento de habilidades e aprendizagem, fomentadores do desenvolvimento (Lyth, 2000; Sloan & Watson, 2002; Driscoll, 2008, p. 23).

A função *formativa*, base original para SC, provê o desenvolvimento de habilidades, conhecimento, compreensão e reflexão, explorando as experiências de trabalho do supervisado com o utente (Proctor, 1986; Nicklin, 1997; Butterworth et al., 2008).

5.4.5. GARANTIR A FUNÇÃO NORMATIVA DA SCE

Os desenvolvimentos tecnológicos, científicos, económicos e sociais, têm vindo a produzir grande impacte na qualidade dos cuidados de saúde, exigindo, por parte dos profissionais e organizações, profundas reflexões sobre a problemática das práticas clínicas.

O posicionamento de organizações como a OMS, que no sentido de reduzir as desigualdades no sector da saúde a nível global, recomendou aos sistemas de cuidados de saúde, na década de 1990, a criação de mecanismos eficazes de garantia da qualidade de cuidados aos clientes, o que tem conduzido à emergência de estratégias e instrumentos que permitam aos profissionais trabalhar com qualidade, em contextos cada vez mais exigentes e em constante transformação (World Health Organization, 1983; Kemp & Richardson, 1995).

Neste sentido, as políticas de diferentes sistemas de saúde a nível mundial, principalmente no que respeita aos países mais desenvolvidos, como a Suécia, Finlândia, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, EUA, entre outros, têm encontrado algumas soluções estratégicas no sentido de assegurar a qualidade dos cuidados disponibilizados à população, sendo uma dessas estratégias a implementação de programas de SC, integrados em programas de gestão da qualidade e de governação clínica (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; White & Winstanley, 2006).

Tradicionalmente, a SC desenvolveu-se em muitas disciplinas relacionadas com a saúde. Inicialmente, na área da psicoterapia e serviço social e, na década de 1980, no Reino Unido, foi introduzida na área da enfermagem. Desde aí, tem vindo a ser integrada nos programas de garantia da qualidade e em modelos operativos da governação clínica das organizações de saúde. Desde então, a qualidade dos cuidados é um elemento central que

podemos encontrar, desde logo, em grande parte das definições de SC, inclusivamente na do DoH (1993).

As preocupações sobre a qualidade das práticas são um aspeto também enraizado no discurso dos participantes, emergindo da análise a categoria «**função normativa**», face à qual se identificam as subcategorias: «qualidade das práticas», «segurança dos cuidados», «responsabilidade profissional», «harmonizar práticas», «assegurar questões éticas», «padrões de qualidade» e «ganhos em saúde».

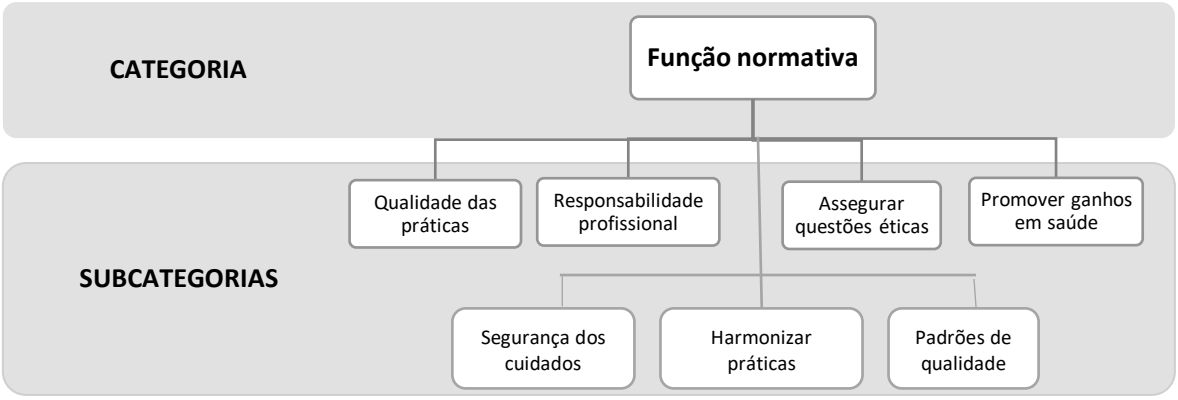


Figura 28 – Função normativa: subcategorias

I. Qualidade das práticas

A identificação de elementos que associam a SC à qualidade das práticas e segurança dos cuidados é reveladora de que um elevado número de participantes, apesar de não terem experiências estruturadas de SCE, conseguiram identificar na SC uma função mais direcionada para aspetos inerentes à gestão, principalmente no que respeita à inquietação constante, patente no discurso, no que respeita ao assegurar da «qualidade das práticas», enquanto aspeto central da garantia da qualidade.

Sem dúvida que a SC pode contribuir para a qualidade dos cuidados. ***E18VP****; Acho que sim, a supervisão aqui no serviço podia ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados e mesmo a qualidade do exercício profissional.* ***E11CH****;* ***E15CH****; Sim, sem dúvida, se aqui fosse implementada a SC, poderia contribuir para aumentar a qualidade de cuidados porque a partilha do conhecimento, o tirar as dúvidas, os desconfortos, as angústias, todo esse tipo de coisas, (…) não só pela aquisição de novos conhecimentos, mas também porque nos vamos sentir muito mais seguros, e isso também é muito importante.* ***E2RP****; Um modelo que desse suporte profissional e emocional, conhecimentos e mais reflexão, podia contribuir para melhorar a qualidade das práticas.* ***E3RP****;* ***E4CH****;* ***E5CH****; Excecionalmente poderá haver boas práticas sem SC, em pessoa excecionalmente competentes, altamente profissionais, altamente responsáveis mas é uma exceção, não é garantia de coisa nenhuma! Há aqui questões de segurança de cuidados, questões de garantia de qualidade, em que supervisão deve existir senão cada um faz*

o que quer, como quer, com as consequências que tiver! Pode sair bem, mas, à partida, com a supervisão, as probabilidades de que não falha são maiores! ***E7RP***

A SCE pode constituir-se como estratégia fundamental no incremento da qualidade, pois a evidência tem vindo a reconhecer os seus efeitos positivos nesta área (Hirkäs et al., 2001; Brunero & Stein-Parbury, 2008). Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011) afirmam que atingir o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, ao que acrescentamos do exercício profissional dos enfermeiros, depende do desenvolvimento e crescimento pessoal de cada membro da equipa, e da equipa em geral, através das estratégias implementadas pela SCE.

Melhorar a qualidade dos cuidados é de facto um dos objetivos *major* da SCE, descrito em toda a literatura e evidência disponível nesta área, inclusivamente na produzida em Portugal, onde os enfermeiros, na maior parte dos estudos realizados neste âmbito, se referem à SCE como um processo que provê a melhoria da qualidade dos cuidados (Pires, 2004; Garrido, 2004; Soares, 2004; Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2010; Reis Santos et al., 2011; Silva et al., 2011; Abreu & Marrow, 2012; Carvalho, 2012; Cruz, 2012; Borges, 2013; Tavares, 2013; Rocha, 2014; Vieira, 2014; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017)

Os estudos de Pires (2004) e Tavares (2013), realizados em contextos onde não existem processos formais de SCE, demonstraram que era perceção dos enfermeiros que a SCE fornece aos supervisados as condições essenciais ao desenvolvimento do processo de prestação de cuidados, assente num acompanhamento clínico sistemático, promotor da qualidade, na medida em que é um garante que os cuidados de enfermagem são realizados adequadamente e com a máxima qualidade possível.

Em 2000, o King`s Fund referia-se à SCE como um conceito com grande potencial de exploração. Entendemos que esta perspetiva se mantém muito atual, inclusivamente no que a Portugal diz respeito, pois, os desafios constantes a que os profissionais estão expostos, quer de natureza pessoal, profissional, ou socialmente mais abrangentes, implicam vivências complexas, pessoal e profissionalmente cada vez mais stressantes, o que só pode ser sustentado se eles forem apoiados de forma adequada. No que respeita à atividade profissional dos enfermeiros, como se pode também constatar no discurso dos participantes, uma das preocupações constantes residia na qualidade das suas práticas, considerando fundamental promover a qualidade das mesmas.

Temos que estar sempre a pensar na melhor forma de melhorar a nossa prática, e a SC pode ajudar. As práticas não são só técnicas, também são relacionais, são educacionais... Pode fazer-se bem sozinho, mas é sempre bom termos alguém que supervisione! ***E5VP****; Uma pessoa*

pode pensar que está a fazer as coisas da melhor maneira, e a prestar bons cuidados, (…) e, muitas vezes, nem nos apercebemos de determinados pormenores que só percebemos se formos alertados. Por isso é que é importante [a supervisão] para o nosso desempenho. ***E1CH****; (…) mas,se tivéssemos implementado um modelo de SC havia práticas que, se calhar, fazíamos melhor, com mais qualidade. Ou algumas coisas que não nos estamos a aperceber, que, se calhar, estamos a fazer menos bem, e que poderíamos corrigir.* ***E4VP***

A SC é considerada, efetivamente, uma ferramenta essencial no processo de melhoria da qualidade das práticas que exige compromisso de todos os envolvidos, capacidade de organização e recursos para assegurar o seu sucesso.

Gorzanski (1997) afirmou que a qualidade da obstetrícia estava relacionada com a qualidade da supervisão, o que, na Irlanda, é evidente nas políticas do National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, em que muitos dos documentos são elaborados com diretrizes para as políticas de SC que passam por transmitir informação e estimular o debate e discussão sobre o papel da mesma no apoio ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e parteiras, no interesse da melhoria de qualidade dos cuidados e atendimento prestados ao cliente (National Council for the Professional Development of Nursing & Midwifery, 2008).

Esta relação da supervisão com a garantia da qualidade também já era referenciada por Diwan et al. (1996), nas práticas na área do trabalho social. Nos modelos de SC propostos por Proctor (1986) e Nicklin (1997) os autores referem-se à função normativa da SC e ao eue o processo pode ter na qualidade e segurança dos cuidados, onde Peter Nicklin (1997) vai mais longe, argumentando que se o custo da SC resulta na redução dos níveis de doença, na melhoria da eficácia clínica e de qualidade do atendimento, na redução de queixas e dos erros clínicos, e no aumento da moral do pessoal, então a SC paga-se a si própria (Lyth, 2000).

Neste sentido, o programa de SCE decorrente desta investigação pode constituir-se como contributo para a melhoria da qualidade no sistema de saúde, o que é "um imperativo moral, na medida em que pode concorrer para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados" (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 16).

II. Segurança dos cuidados

Outra das subcategorias a que nos reportámos é a «segurança dos cuidados».

Entre os fatores que são sistematicamente apontados como centrais ao incremento da SC e da qualidade e segurança das práticas de enfermagem, encontra-se a sucessão de

acontecimentos dramáticos em Bristol, Kent e Canterbury, com especial destaque para o caso de Beverley Allitt. Estes acontecimentos de atentado contra a segurança e vida de doentes são referidos na literatura como estando na origem da tomada de decisão/medidas que pudessem contribuir para que acidentes desta natureza não se voltassem a verificar (Bishop, 1998).

Os trágicos acontecimentos relatados no inquérito Allitt Inquiry (1991) mobilizaram a sociedade que exigiu a definição de políticas que fomentassem o apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde e das suas práticas, dando origem a uma resposta entusiástica para a introdução da CS, de âmbito nacional, como um elemento central da *clinical governance* das instituições de saúde do Reino Unido. Na sequência destes acontecimentos o documento "*Vision for the Future*" do DoH (1993), incluía um conjunto de políticas que tinham como pressuposto a implementação de processos de SCE, que passaria a ser considerada fundamental e imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permitia sustentar as práticas dos profissionais, difundindo, paralelamente, a segurança dos utentes. De facto, o DoH deu um passo em frente ao fazer referência à competência, à responsabilidade profissional e à defesa do consumidor, neste caso o cliente dos cuidados (Bishop, 1998; Winstanley & White, 2003). Neste contexto a SC foi apresentada como um meio pelo qual os enfermeiros poderiam explorar, sustentar e ampliar o seu desenvolvimento pessoal e práticas profissionais, tendo como objetivo global melhorar os padrões de cuidado e promover a saúde da nação.

Segundo Bishop (1998), o debate sobre a SCE intensificou-se no início da década de 1990, por parte dos teóricos, investigadores, profissionais de enfermagem e organizações de saúde, começando-se a argumentar a sua adoção no Reino Unido. Neste país, outros fatores são apontados como determinantes e igualmente importantes, no sentido de influenciar a implementação da SCE. Estes fatores, interrelacionados, apontam os objetivos major da qualidade das práticas e segurança dos cuidados que são resumidos por Bond e Holand (1998) como: mudanças organizacionais importantes; políticas diretivas; preocupações sobre responsabilidade profissional; iniciativas de qualidade para melhorar padrões de cuidados; conceitos de revalorização social integrados na filosofia da enfermagem; mudanças educacionais para práticas reflexivas; interesse sobre a saúde dos profissionais e a prevenção de *burnout*; incremento do valor da intervenção terapêutica e exigências concomitantes para a autoconsciência.

Encontramos, no exposto, argumentos que são corroborados pelas opiniões dos participantes relativamente ao que eram as suas perceções sobre a segurança dos cuidados e as dinâmicas que estas devem contemplar num processo de SCE.

A forma de conseguir controlar a segurança dos cuidados seria a supervisão, alguém que supervisionasse. ***E10CH****;* ***E12CH****; A supervisão pode ajudar na segurança dos cuidados e prevenção dos erros.* ***E11CH****; Práticas seguras e eficazes sim! Têm que ser! Por isso é que acho que a SC nos dá essa segurança das práticas.* ***E6RP****;* ***E8VP****; (…) a supervisão pode ajudar na segurança. (…) nós estamos sempre a aprender e há sempre coisas novas que estão a surgir, portanto, é sempre bom haver uma orientação [supervisão] nesse sentido [aquisição de conhecimento], pode ajudar na segurança das práticas.* ***E13CH****;* ***E2RP****;* ***E3VP****; A supervisão é importante, pois se se estiver a fazer mal e não se souber, se ninguém nos mostrar, (…) então vamos replicar sempre o erro (…)* ***E5CH****; Claro que o suporte profissional, em todas as suas vertentes, pode contribuir para desenvolver estas práticas seguras e eficazes. (…). Portanto, acho que sim, que o suporte profissional, a todos os níveis, que é muito importante para podermos praticar enfermagem de segurança.* ***E5RP****; Nós estamos sempre a aprender e a melhorar. Havendo um modelo de supervisão podíamos melhorar a segurança das práticas.* ***E3RP***

A segurança e qualidade dos cuidados continua a ser uma problemática na ordem do dia, constituindo motivo de grande preocupação e discussão, transversal a todos os países. Embora autores como Bond e Holland (1998) considerarem que, no Reino Unido, foi na sequência do caso Allitt que se despoletou o debate aprofundado sobre o assunto, esta representação extrema de falta de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, não terá sido um caso isolado, ocorrendo em muitos países (ainda que muitos não venham ao conhecimento público e outros nunca sejam detetados). Inclusivamente, Winstanley e White (2003), referem-se a acontecimentos da mesma natureza na Austrália, que também eles conduziram à definição de políticas de qualidade que incrementaram a implementação da SCE, considerada fundamental e imprescindível para a promoção de práticas de qualidade.

Faugier e Butterworth (1994) apontavam a adoção de uma posição semelhante na Austrália, despoletada e recomendada com base num inquérito sobre enfermagem, considerando a implementação da SC uma questão de urgência, o que era certificado por Moores (1994), referindo não ter nenhuma dúvida quanto ao valor da SC e considerando que era fundamental para as normas de segurança dos cuidados, para o desenvolvimento da expertise profissional e da prestação de cuidados.

Também no nosso país, ainda que revestida de diferente envolvência, a problemática da segurança dos cuidados é recorrentemente debatida, ora nos meios de comunicação social, ora em sede de tomada de decisão sobre os cuidados de saúde disponibilizados à população, daí que, Abreu e Marrow (2012), num estudo comparativo entre Portugal e o Reino Unido, sobre a SC das práticas de enfermagem, considerarem este processo um pilar importante da segurança dos cuidados.

III. Responsabilidade profissional

A responsabilidade profissional está fortemente relacionada com as subcategorias anteriormente abordadas, e com as que abordaremos a jusante, apontando o discurso dos participantes para que os objetivos da SCE vão ao encontro destes pressupostos.

> *(…) a SCE também nos obriga a sermos corretos, a fazer as coisas corretamente. (…).* ***E12CH****; Eu acho que é importante haver supervisão, porque, apesar de não gostarmos, hoje em dia também se fazem as coisas assim muito… (…) Há uns anos era diferente, as pessoas tinham mais responsabilidade, eram mais responsáveis por aquilo que faziam, e agora acho que não.* ***E4RP***

IV. Harmonizar práticas

Esta subcategoria aponta para a elaboração das normas e *standards*, conforme o discurso de um dos participantes:

> *(…) SC também tem o objetivo de uniformizar as normas para termos mais qualidade nos cuidados.* **E13VP**

A adoção de procedimentos e o desenvolvimento de normas "*standards*" contribuem para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados e auditoria clínica (Winstanley & White, 2003). Cheater e Hale (2001) e Barribal, While e Münch (2004) asseguram que a SC é um mecanismo primordial para melhorar as práticas clínicas, implicando o desenvolvimento de padrões de qualidade.

Também o estudo de Tavares (2013) revela que é importante harmonizar as práticas, com o objetivo de garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

No entanto, não podemos deixar de nos referir à opinião de Macedo (2014) quando refere que as normas e protocolos são exemplos dos instrumentos que têm servido o processo de supervisão, em contexto de trabalho hospitalar, salientando, no entanto, que "*Se, por um lado, estes instrumentos, com traços burocráticos, podem, em alguns momentos, pôr em causa a autonomia dos profissionais de Enfermagem, por outro lado, noutros momentos, eles são vistos como tecnologias de poder e de domínio destes profissionais, que para além de facilitarem os processos de decisão, permitem também o controlo da continuidade de cuidados, a uniformidade e a previsibilidade de comportamentos"* (p. 9).

V. Assegurar questões éticas

Na realidade, só se consegue atingir o desiderato da função normativa da SCE, se nas práticas profissionais dos enfermeiros forem incorporadas as normas éticas inerentes ao

exercício profissional. Ainda que pela singularidade, a preocupação pelas questões éticas estava presente no discurso:

> *(…) mas também a SCE deve assegurar da conformidade em termos das questões éticas, (…).* ***E7RP***

Rubin (1997, cit. por Munson, 2002) referia-se à relevância das questões éticas, corroborando a opinião de autores que consideravam que a existência de práticas pouco éticas parecia lata e elevada, na sociedade em geral, e, especificamente, entre os profissionais de saúde mental, havendo muitos autores que consideravam que a SC era uma área importante para ajudar os profissionais a desenvolverem modos adequados de lidarem com as questões éticas. As práticas pouco éticas são um problema evasivo, mas uma boa SC é a melhor proteção contra este problema (Munson, 2002).

Neste âmbito, Bernard e Goodyear (2014) salientam a necessidade do supervisor clínico desenvolver uma atitude crítica face à organização, verificando se esta disponibiliza os recursos necessários para a SC, na medida em que consideram que as decisões éticas também são controladas através da cultura da organização e não só pela orientação individual.

VI. Padrões de qualidade

Face à categoria «**assegurar função normativa**», identificámos, ainda, a subcategoria «padrões de qualidade».

Inicialmente, a função global da SC consistia em melhorar padrões de cuidados e, num sistema de saúde ideal, promover a saúde da nação (White, et al., 1998). Cada vez mais as políticas de saúde destacam a importância da SC, e, na década de 90 do séc. XX, No Reino Unido, a *clinical governance* foi estabelecida como estrutura de gestão das organizações de saúde através da qual o NHS assegura os processos de monitorização da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em vigor, sendo a SC descrita como um meio crucial, se não o principal, na salvaguarda dos elevados padrões clínicos e na melhoria da qualidade dos cuidados (Butterworth & Faugier, 1992; Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Winstanley & White, 2003).

Clinical governance é um quadro através do qual as organizações de Saúde são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e salvaguardar padrões elevados de cuidados, criando um ambiente em que a excelência clínica floresce (Freeman, 2005-2006), ajudando a enfrentar o mau desempenho e permitir linhas claras

de responsabilidade e prestação de contas sobre o atendimento ao cliente (Royal College of Nursing, 2003).

A governação clínica envolve padrões clínicos aplicáveis a prática baseada em evidências para o cuidado do cliente, sendo o meio pelo qual as organizações asseguram a gestão organizacional e a prestação de cuidados de qualidade, tornando os indivíduos responsáveis pela criação, manutenção e monitorização de padrões de desempenho (DoH, 1998; RCN, 2003). A relação entre a governação clínica e SC tem sido muito enfatizada, inclusivamente por Butterworth e Woods (1998) referiram que participar na CS de uma forma ativa é uma demonstração do exercício individual da responsabilidade profissional sob a governação clínica e que a SC deve ser vista como parte integrante de um quadro de atividades que são projetados para gerir, monitorizar e melhorar a prestação de serviços de alta qualidade (Winstanley & White, 2003).

Do discurso dos participantes também emergiu esta preocupação em garantir os padrões de qualidade dos cuidados, através da supervisão clínica.

> *A SC é entendida por mim como um processo da observação e verificação da prática, da observação de conformidade com normas, com orientações e com procedimentos, (…).* ***E7RP****; É verificar se mediante os objetivos que estão preconizados se cumprimos ou não.* ***E7VP****; E (…) acaba também por servir para concretizar algumas coisas ao nível da gestão. (…) agora trabalhamos através da contratualização dos padrões, ou então através de contratualização de determinados indicadores, através da contratualização de determinados objetivos a serem atingidos, determinados níveis, determinadas metas… quando eu faço o acompanhamento da realização dessas atividades, estou a fazê-lo com uma dupla finalidade, ajudar os colegas a conseguir concretizar esse indicador ou essa atividade, mas também como tenho responsabilidade mais ao nível da gestão e da avaliação, ou da reformulação desses projetos e dessas estratégias. Aí já não tem tanto ver com supervisão mas com gestão, acaba por haver ali quase que uma dupla finalidade.* ***E7RP***

A SCE tem vindo a afirmar-se como um processo que proporciona o desenvolvimento de conhecimentos e competências, na reflexão sobre as práticas e aprendizagem pela experiência, permitindo aos enfermeiros estabelecerem, manterem e promoverem padrões de qualidade e inovação na prática, respondendo aos interesses e necessidades dos clientes (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Winstanley & White, 2003; White & Winstanley, 2010).

A SC facilita a identificação de soluções para diferentes tipos de problemas da prática de enfermagem, promove a melhoria das práticas e aumenta a compreensão de questões do âmbito profissional, tendo como objetivo fulcral aumentar a proteção dos consumidores e a segurança dos cuidados (Hawkins & Shohet, 1996; Bond & Holland, 1998; Hyrkäs et al., 2001; White & Winstanley, 2010).

Em Portugal, a qualidade também é uma filosofia e eixo estruturante das políticas de saúde. No sentido de responder a este desafio, em 1999, através de uma portaria conjunta da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde, foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde [IQS] (extinto em 2006), inserido na "*Estratégia de Saúde para o virar do Século*", que instituiu como objetivo prioritário a definição de políticas de qualidade para o setor, que veio a culminar na implementação de programas de melhoria da qualidade, a nível das organizações de saúde (IQS, 2002, p. 4).

Um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service*, levou à adoção do programa de acreditação baseado na metodologia *King's Fund*, primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, em vigor até 2004. Salientamos o facto deste programa integrar uma norma que fazia referências explícitas à SCE, enquanto estratégia para assegurar a qualidade dos cuidados e a formação em contexto da prática.

Consideramos que este é um dos fatores onde reside a génese da discussão e investigação sobre a SCE nos contextos da prática, no nosso país, cuja produção científica tem vindo a referir-se sistematicamente à qualidade dos cuidados no âmbito da SCE cuidados (Pires, 2004; Reis Santos et al., 2011; Silva et al., 2011; Abreu & Marrow, 2012; Cruz, 2012; Borges, 2013; Tavares, 2013; Rocha, 2014; Vieira, 2014).

VII. Ganhos em saúde

(…) se quisermos uma boa prática de enfermagem, a lógica é, sempre que nós prestamos cuidados, termos em mente a necessidade de aprendizagem, a necessidade de saber o que estamos a fazer. Termos, naquele momento, consciência de que somos capazes de tomar as decisões certas, mobilizar os nossos conhecimentos para tomar as decisões certas no momento adequado, tendo como finalidade a melhoria do estado de saúde do doente e que venha a ter consequência nos ganhos em saúde. Toda esta visão já se coaduna com a SC. ***E5VP***

A função normativa da SC é aquela que provê a adoção, promoção e garante das políticas de controlo de qualidade e de padrões de trabalho, da responsabilidade profissional e organizacional, tendo por base a revisão da prática do supervisado, em consonância com as normas éticas e profissionais (Proctor, 1986; Inskipp & Proctor, 1993; Nicklin, 1997).

A componente normativa tem por foco o desenvolvimento de estratégias que vão de encontro á gestão da responsabilidade profissional e da qualidade do exercício, na medida em que abrange as questões profissionais em enfermagem. As questões que emergem no resultado normativo, como alterar a organização dos cuidados, a ratificação das intervenções de enfermagem, a resolução de problemas e melhorar e certificar a prática de qualidade pode levar a alterações na forma como os cuidados são prestados,

inclusivamente nas normas e *guidelines* (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Best, 2008; White & Winstanley, 2010; Bond & Holland, 2010; Bernard & Goodyear, 2014).

Por sua vez, as estratégias de qualidade empreendidas a partir da SCE, podem produzir melhores resultados e maior segurança para os clientes. E, embora a evidência aponte ganhos do domínio formativo e restaurativo, persiste a falta de investigação que demonstre resultados nos clientes (DoH, 1993; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Best, 2008; White & Winstanley, 2010; Bond & Holland, 2010; Bernard & Goodyear, 2014).

A expressão "ganhos em saúde", *"... internacionalmente adoptada como enunciado positivo de um desejo, sempre presente, de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde...*" (Direcção Geral da Saúde, 2002, p. 14), tem vindo a ser usada para se referir a aspetos como "… *ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos, redução do número de episódios de doenças ou encurtamento da sua duração, diminuição das sequelas e incapacidades funcionais, entre muitos outros*", e, normalmente, associada a indicadores de saúde positivos que visam a quantificação destas dimensões da saúde, mas também de outras como o bem-estar, qualidade de vida, entre outros (Pereira, 2009, p. 74). Face ao conceito apresentado, e aos indicadores que envolve, temos que concordar com os autores que se referem à necessidade de produzir conhecimento nesta área, ou seja os ganhos em saúde resultantes da implementação da SCE, até porque é um dos objetivos que os participantes consideraram inerente a este processo.

A função *normativa,* no sentido de que a SC permita o desenvolvimento de uma abordagem coerente para assistência ao cliente (seguir normas ou padrões da prática), realça a importância profissional, a necessidade de competência e responsabilidade e os padrões organizacionais, ou seja, a provisão do controlo da qualidade (Proctor, 1986; Nicklin, 1997; Butterworth et al., 2008).

Em jeito de síntese, as categorias «assegurar função de restaurativa», «assegurar função formativa» e «assegurar função normativa», que emergiram do discurso dos enfermeiros como objetivos da SC, vão de encontro às funções da SCE preconizadas nos modelos de Brigid Proctor (1986) e Peter Nicklin (1997), salvaguardando-se que, embora sejam apresentadas de forma independente, as funções da SC sobrepõem-se e entrecruzam-se na prática (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Da análise de diferentes programas e políticas de SC, que emergiram de diferentes países e áreas disciplinares, ao longo das últimas duas décadas, apurámos que, na generalidade, os seus objetivos *majores* são semelhantes, indo ao encontro da qualidade e segurança das práticas profissionais, à educação e formação profissional e à disponibilização de suporte pessoal e profissional dos supervisados.

Este tipo de objetivos tem vindo a ser transversal às políticas de SC ao longo das últimas três décadas (DoH, 1993; DoH, 2006; NHS, 2006; Freeman, 2006; NHS, 2009; NHS, 2010a; Hull, 2014; Tooley, 2014), o que é corroborado pelo presente estudo, pois a opinião dos participantes é consonante com estes desideratos.

Relativamente à qualidade e segurança das práticas, também os modelos de SC de Proctor (1986) e Nicklin (1997) apontam para uma estrita relação entre a SC e a governação clínica, argumentando para a função normativa ou de gestão, que realça a importância profissional, a necessidade de competência e responsabilidade profissional com vista a um bem comum fundamental, a qualidade, sendo essencial no desenvolvimento de *standards* no sentido da provisão do controlo da qualidade e assegurar os padrões organizacionais (Sloan & Watson, 2002; Best, 2008).

5.4.6. PROCESSO NÃO AVALIATIVO

A avaliação em SC refere-se a um procedimento pré-designado para fornecer informações/*feedback* regular e estruturado entre o supervisor e supervisado, em torno dos objetivos acordados (American Psychological Association [APA], 2014).

A avaliação envolve determinar em que medida o desempenho esperado do supervisado é congruente com o seu desempenho real (Ellis, D'luso & Ladany, 2008), exigindo a criação de um processo pontual e específico para lhe fornecer informação em relação ao seu desempenho. A avaliação inclui também o fornecimento de informação ao supervisado sobre o método de avaliação, no início do processo de SC (American Association for Marriage & Family Therapy, 2007; APA, 2014).

Embora a componente normativa da SC venha sendo apontada como dotada de aspetos inerentes à monitorização contínua e avaliação, inclusivamente do supervisado (Fowler, 1996), do discurso de dois dos participantes, ainda que pela exemplaridade, emergiu a categoria «**não avaliativa**», onde ficou patente o distanciamento dos enfermeiros desta perspetiva da avaliação.

> *A SC deve ajudar que a pessoa cresça sem ter uma avaliação. (…) Não, a SC não é um processo de avaliação, mas sim um apoio, ou ajudar, para que a pessoa consiga os objetivos que pretende, de uma maneira harmoniosa e simples. (…). Acho que sim, a supervisão é importante, ajuda não em termos de uma avaliação, mas de um acompanhamento, porque às vezes as pessoas têm algum receio em fazer determinadas atividades e acho que isso ajuda a que as pessoas se sintam mais á vontade e a enfermagem ganha com isso.* ***E11VP****; Este crescimento com a SC é com alguma orientação entre orientador e o orientando, não ele [supervisor] estar ali para nos avaliar diretamente, ou seja, como um juiz, mas alguém que nos consiga ajudar nesse processo de evolução a nível pessoal e profissional.* ***E2VP***

Anteriormente já tínhamos apurado uma associação da avaliação à conotação negativa da SC, inclusivamente por parte dos participantes, ficando aqui clarificado que estes percecionam que a SC não deve envolver a avaliação das práticas, devendo ser um processo de acompanhamento, orientação e apoio, inferindo-se que quando se referem à "avaliação" terão subjacente um processo que contribui de algum modo para uma "classificação" com objetivos de progressão na categoria profissional; ainda que no estudo de Tavares (2013), desenvolvido em Portugal, em contexto de pediatria, os enfermeiros identificassem na SCE uma componente de avaliação final do desenvolvimento do supervisado.

Torna-se evidente que a perspetiva destes participantes sobre a avaliação na SCE se aproxima da APA (2014), considerando que esta deve ser centrada no acompanhamento e orientação que lhes proporcione um *feedback* regular por parte do supervisor.

Avaliação e *feedback* são componentes essenciais a uma SCE ética (Falender, et al., 2004; Carroll, 2010), no entanto, foi relativamente raro encontrar supervisores que os forneçam regularmente (Hoffman, Hill, Holmes, & Freitas, 2005; Ellis et al., 2014), o que leva a falhas do processo de supervisão, na medida em que os supervisores não informam os supervisados sobre o desenvolvimento das suas competências (Thomas, 2010), o que cria potencial para reclamações éticas (Falvey & Cohen, 2004). Para serem eficazes, a avaliação e o *feedback* devem estar diretamente relacionados com as competências específicas e comportamentos observados no supervisado, e serem oportunos (APA, 2010; Hattie & Timperley, 2007; Psychological Association, 2010).

5.4.7. PROMOVER A IMAGEM SOCIAL DA PROFISSÃO

A respeito da imagem social da enfermagem, Kalisch e Kalisch (1980) já referiam que uma das fortes razões para mudar a imagem dos enfermeiros tinha a ver com o facto desta imagem do profissional, aos olhos do público, ser refletida no destino da profissão.

As representações sociais são constituídas socialmente a partir de fenómenos de interação e comunicação (Luckman & Berger, 1999), onde interagem os quadros de valores, crenças e anseios de natureza individual, quer do enfermeiro, quer do cliente, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem, o que leva à constituição, por parte deste segundo, de diferentes representações ou imagens socioprofissionais do primeiro (Martins & Dias, 2010).

Face à opinião dos participantes, a SCE a implementar deve contribuir para o progresso da imagem social da enfermagem, a qual relacionam com a qualidade dos serviços que prestam e com a sua competência profissional, donde emergiu a categoria «**promover a imagem social da profissão**».

> *A SCE melhorava a segurança dos cuidados (…) dá trabalho, mas acho que vale a pena! Porque, quando dizem - "o Centro de Saúde, a UCC trabalha mal ou trabalha bem…" - não vêm um profissional ou dois, vêm o conjunto (…).* ***E12VP****; A supervisão também tem a ver com a imagem que se quer transparecer lá para fora, para os utentes, enquanto qualidade dos serviços, enquanto competência profissional.* ***E7RP***

Os desenvolvimentos que se têm verificado, quer a nível académico, quer a nível estatutário, têm contribuído fortemente para a promoção da imagem social da enfermagem. No entanto, acreditamos que o maior contributo para a melhoria da imagem social da profissão provém da evolução da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, o que os tem guiado na intervenção num campo de atividade definido por aquilo que eles podem e sabem realizar de forma competente, com as pessoas que necessitam dos seus cuidados, onde a SCE pode exercer um papel fundamental. É nesta competência, nas capacidades individuais de cada profissional, no seu saber ser, saber estar e no saber fazer, que se fundamentam as representações sociais do coletivo da profissão (Lopes, 2001). Neste sentido, sendo a SCE um processo promotor do desenvolvimento profissional, pode concorrer, seguramente, para a promoção da imagem social da enfermagem.

Desde a emergência da enfermagem como profissão tem-se vindo a assistir à sua progressiva evolução, principalmente em países mais desenvolvidos, donde, dum período da história em que tinha um papel social pouco valorizado, desempenhada por mulheres pobres e de classes sociais baixas, sem formação, ficando, por razões óbvias, sob a dependência de outros profissionais, a enfermagem tem vindo a assumir, ao longo da sua história, um papel preeminente em múltiplos domínios de intervenção na área da saúde, procurando responder aos desafios de partilhar experiências que contribuam para firmar a sua identidade específica e o desempenho da profissão (Sales, 2008; Martins & Dias, 2010). Esta evolução tem sido mais marcada após a Segunda Guerra Mundial, tornando-se a enfermagem uma profissão progressivamente mais independente, dotada de um campo de saberes e competências específico e delimitado.

Em Portugal, a enfermagem também tem vindo a ser objeto de profundas mudanças, sendo hoje uma profissão autónoma, cujos profissionais desempenham nas instituições de saúde (nacionais e internacionais) um papel determinante, pela qualidade do seu desempenho, pelo cuidar contínuo de todos os que a eles recorrem, pela interação que estabelecem com

todos os que os rodeiam, mas, principalmente, pelo seu saber profissional. Este saber tem vindo a ser cada vez mais incrementado pelos saberes científicos, sendo esta incorporação que tem vindo a viabilizar a prestação de cuidados de enfermagem baseada na metodologia científica, na presença de processos intelectuais, cognitivos, analíticos, característicos do saber científico (Lopes, 2001), o que, inquestionavelmente, tal como era entendido por Kalisch e Kalisch (1980), tem vindo a contribuir para mudar a imagem dos Enfermeiros Portugueses, no país e no estrangeiro, logo, da Enfermagem, aos olhos do público, o que também se tem visto refletido no destino da profissão.

Em síntese, no que respeita aos objetivos da SCE proposta pelos enfermeiros dos CS, identifica-se uma forte conformidade entre estes e as funções formativa, restaurativa e normativa, dos modelos de Proctor (1986) e Nicklin (1997).

Também nos objetivos "clarificar a finalidade e propósitos da SCE" e "identificar necessidades dos envolvidos na supervisão", referidos pelos participantes, estão plasmados no ciclo de SC Nicklin (1997), pelo que identificamos aqui algumas similitudes entre os modelos supracitados e a SCE proposta.

De resto, os objetivos da SCE proposta, vão de encontro ao que se encontra na evidência disponível.

O NHS (2011d) refere que um dos objetivos *major* da SC consiste em assegurar os melhores padrões de cuidados aos clientes, por profissionais confiantes, seguros, competentes e apoiados nas melhores evidências.

Hull (2014), no âmbito das políticas de SCE em CSP, considera que o principal objetivo desta é facilitar o desenvolvimento dos profissionais, de modo a garantir aos utilizadores dos serviços/clientes cuidados de alta qualidade.

Para Driscoll (2008), uma das principais finalidades da SCE é a reflexão focada nas questões que emergem da prática diária, considerando que qualquer quadro ou modelo utilizado terá que ser suficientemente flexível para levar em conta o amplo espectro da prática de enfermagem, em que os profissionais experientes, ou não, possuem uma gama de diferentes habilidades que trazem para a SC.

5.5. AS ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO EM USO E PROPOSTAS

Neste subcapítulo, adotámos uma estratégia diferente do restante relatório no que respeita à apresentação e discussão dos resultados relativos às estratégias de SC em uso[19] nos

[19] Ao longo do texto, também usámos os termos "utilizadas" e "implementadas", para nos referirmos às estratégias de supervisão clínica "em uso"

contextos onde realizámos o estudo, e as estratégias propostas[20] para o programa de SCE a implementar. Assim, analisámos o que está em uso e o proposto, em simultâneo, numa tentativa de facilitar a compreensão.

«**Estratégias de SCE**» consiste noutro tema, objeto da nossa análise, relativamente ao domínio «supervisão clínica proposta».

A SC, enquanto ação facilitadora e mobilizadora do potencial de cada um e do coletivo dos seus membros e, simultaneamente, responsabilizadora pela manutenção do percurso institucional traçado pelo projeto formativo/qualidade da organização, deve alicerçar-se numa base concetual sólida, que passa por questões de didática e técnicas pedagógicas, implicando o recurso a estratégias de formação e ensino-aprendizagem.

As estratégias[21] de SC podem ser entendidas como meios ao dispor do supervisor clínico, que este mobiliza no sentido de facilitar/otimizar o desenvolvimento do supervisado, quer no âmbito técnico-profissional, quer no individual, como pessoa humana e como agente transformador (Moura & Mesquita, 2010). Neste sentido, o supervisor tem um papel fulcral na formação do supervisado, no ensino-aprendizagem sobre temas técnico-científicos, como também na formação ética do caráter que será projetado nas atitudes do profissional, pelo que deve focalizar a sua ação numa formação de caráter reflexivo, a fim de desafiar, estimular e ajudar o supervisado na construção e sedimentação de habilidades e competências que fortaleçam o compromisso profissional (Moura & Mesquita, 2010).

Na dimensão clínico-reflexiva da abordagem defendida por Alarcão e Rua (2005) relativa à formação de estudantes, mas que entendemos ser transponível para a formação ao longo da vida, as estratégias de aprendizagem/supervisão assentam em cinco elementos chave: observação; ação e reflexão; questionamento crítico; interação e comunicação com vários atores; sistematização e reconceptualização de saberes.

Somos de opinião de que a formação de caráter reflexivo assenta na perspetiva de Donald Schön (1987), pois acreditamos que "pessoas diferentes aprendem e desenvolvem-se de forma diferente",

- no diálogo com as situações,
- a observar o que nelas se passa,
- a identificar problemas,
- a propor soluções.

[20] Ao longo do texto, também usámos os termos "desejadas" e "expostas", para nos referirmos às estratégias de supervisão clínica "propostas"

[21] Estratégia - Conjunto dos meios e planos para atingir um fim (Porto Editora, 2015)

Neste processo de ajudar a formar e desenvolver pessoas diferentes, é importante perceber que o supervisor deve ter em atenção as seguintes fases que ele deve incorporar, de modo a sustentar a construção de "sentidos" pessoais do supervisado:

- confronta-se com a situação/analisa - recolhe informação/dados;
- reflete o que fazer para sustentar a aprendizagem/formação;
- planeia estratégias de aprendizagem/formação sustentada (Sá-Chaves, 2000).

Esta perspetiva é congruente com a perspetiva ecológica da supervisão, assente no conceito de ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, que Alarcão e Sá-Chaves (2001) adaptaram ao contexto de supervisão de professores, e que nós adaptamos ao contexto da SCE. Assim como as autoras encontram semelhanças entre o desenvolvimento da criança e o do professor, também nós identificamos semelhanças relativamente ao desenvolvimento do enfermeiro. Enquanto seres humanos que são, todos estes atores estão em permanente processo de desenvolvimento, ainda que em contextos e circinstâncias diferentes. Inclusivamente, os professores e os enfermeiros estão munidos duma capacidade instrumental, de reflexão, de diálogo que a criança não domina (Alarcão & Sá-Chaves, 2001).

As estratégias de supervisão adotadas pelo supervisor são fulcrais para o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisado, para o seu bem-estar e, consequentemente, para a evolução da qualidade dos cuidados por ele prestados.

Neste sentido, da análise do discurso dos participantes, encontrámos um conjunto de estratégias de SCE que emergiram dos dados qualitativos, as quais o supervisor pode mobilizar no sentido de otimizar o exercício da supervisão e o desenvolvimento do supervisado (quadro 6).

Quadro 6 - Estratégias de SCE em uso e desejadas: categorias

EM USO	DESEJADO
CATEGORIAS	**CATEGORIAS**
	Planeamento de estratégias individualizadas
Apoio	**Apoio**
Formação contínua	**Formação contínua**
Observação das práticas	**Observação das práticas**
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	**Análise de documentação dos cuidados de enfermagem**
Auto supervisão	**Auto supervisão**
Demonstração	**Demonstração**
Feedback	**Feedback**
Análise crítico-reflexiva das práticas	**Análise crítico-reflexiva das práticas**
Análise de casos em grupo	**Análise de casos em grupo**
Análise de casos com o supervisado	**Análise de casos com o supervisado**
Entrevistas com o enfermeiro chefe	**Sessões de supervisão individuais**
Reuniões de serviço	**Sessões de supervisão em grupo**
	Sessões de supervisão ecléticas
Supervisão à distância: telefone	**Supervisão à distância: telephone**
Supervisão à distância: *e-mail*	**Supervisão à distância: *e-mail***
Supervisão à distância: videoconferência	**Supervisão à distância: videoconferência**
Supervisão à distância: *skype*®	**Supervisão à distância: *skype*®**
Relatório reflexivo	**Relatório reflexive**

Salientamos, desde logo, que:

- a estratégia «planeamento de estratégias individualizadas», emergiu para a SCE desejada;

- a estratégia «sessões de supervisão ecléticas», não emergiu na análise dos dados qualitativos como estratégia em uso, apenas surgiu como estratégia desejada;

- a estratégia «supervisão à distância: *skype*®», não emergiu na análise dos dados qualitativos, mas faz parte do questionário que foi aplicado, pelo que será objeto de análise.

- a estratégia «relatório reflexivo», não emergiu na análise dos dados qualitativos, mas faz parte do questionário que foi aplicado, pelo que será objeto de análise.

Neste subcapítulo apresentamos e analisamos, os dados relativos às estratégias de supervisão em uso nos contextos onde foi realizada a investigação, e à SCE desejada pelos participantes.

Aqui, introduzimos uma particularidade, ou seja, os dados produzidos pelas estratégias de recolha de dados de natureza qualitativa, as entrevistas, serão triangulados com os dados obtidos a partir das estratégias de recolha de dados de natureza quantitativa, os questionários QAFESCE e QARESCE.

Estes questionários integram 16 estratégias de SCE[22], a partir dos quais se avaliou: com o QAFESCE[23], a frequência de utilização das referidas estratégias de SCE, e a frequência com que os enfermeiros participantes desejaram que as mesmas fossem utilizadas (tabela 3 e tabela 4, respetivamente); com o QARESCE[24], a relevância que os enfermeiros atribuíram a cada uma dessas estratégias (tabela 5).

O *ranking* das estratégias de SC mais frequentemente utilizadas (tabela 3) foi estabelecido em função da definição dos critérios: ter maior valor percentual no *score* 1 e, no caso de duas estratégias obterem o mesmo valor de percentagem nesse *score*, verificar-se consecutivamente nos *scores* 2, 3, 4 e 5, o valor mais alto obtido pela mesma. No *ranking* das estratégias de SCE que nunca são implementadas, a análise é feita da forma inversa.

[22] Sessões de supervisão em individuais; Sessões de supervisão em grupo; Feedback; Análise crítico-reflexiva das práticas; Análise de casos com o supervisionado; Análise de casos em grupo; Auto supervisão; Análise de documentação dos cuidados de enfermagem; Demonstração; Relatório reflexivo; Supervisão à distância: telefone, *e-mail*, *Skype®*; Apoio; Formação contínua; Observação

[23] Scores do QAFESCE - 1 - Uma ou mais vezes por dia; 2 - Uma ou mais vezes por semana; 3 - Uma ou mais vezes por mês; 4 - Menos que uma vez por trimestre; 5 – Nunca

[24] Scores do QARESCE – 1-Nada relevante 2- Pouco relevante; 3- Relevante; 4- Muito relevante; 5- Totalmente relevante

Tabela 3 - Frequência de utilização de estratégias de SC

Estratégias de SCE	1 Uma ou mais vezes por dia %	2 Uma ou mais vezes por semana %	3 Uma ou mais vezes por mês %	4 Menos que uma vez por trimestre %	5 Nunca %
Auto supervisão	50,0	13,6	13,6	6,8	15,9
Apoio	31,8	15,9	15,9	15,9	20,5
Observação	29,5	22,7	11,4	11,4	25,0
Demonstração	20,5	20,5	6,8	29,5	22,7
Análise crítico-reflexiva das práticas	18,2	25,0	25,0	15,9	15,9
Análise de casos com o supervisionado	18,2	13,6	11,4	34,1	22,7
Formação contínua	15,9	6,8	6,8	54,5	15,9
Supervisão à distância: telefone	6,8	22,7	15,9	34,1	20,5
Supervisão à distância: *e-mail*	4,5	15,9	20,5	27,3	31,8
Feedback	2,3	34,1	25,0	18,2	20,5
Sessões de supervisão individuais	2,3	31,8	20,5	22,7	22,7
Sessões de supervisão em grupo	2,3	31,8	9,1	31,8	25,0
Supervisão à distância: *skype*®	2,3	6,8	13,6	20,5	56,8
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	0,0	29,5	22,7	31,8	15,9
Análise de casos em grupo	0,0	22,7	18,2	38,6	20,5
Relatório reflexivo	0,0	20,5	13,6	34,1	31,8

Relativamente às estratégias de SCE que os enfermeiros identificaram ser mais frequentemente implementadas nos serviços, a «auto supervisão» era a mais frequentemente implementada 50,0% (n=22), seguida do «apoio» 31,8% (n=14) e «observação» 29,5% (n=13). Ao contrário, no estudo de Rocha (2013), as estratégias mais frequentemente utilizadas em contexto de CSP eram a «observação», seguida da «demonstração» e «apoio» (que o são igualmente em contexto hospitalar), surgindo a «auto supervisão» na quarta posição.

Enquadramos a compreensão da «auto supervisão» ser a estratégia mais frequentemente utilizada na justificação que Rocha (2013) encontra para o facto desta estratégia, no seu estudo, ocupar a décima-sexta posição no *ranking* das estratégias que nunca são implementadas nos serviços de saúde em geral, ou seja, consiste numa estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisado sentir-se mais confiante e seguro no seu desempenho profissional.

A estratégia de SC que os enfermeiros identificaram como menos frequentemente implementada nos serviços foi o «relatório reflexivo», seguida da «análise de casos em grupo» e da «análise de documentação dos cuidados de enfermagem». O «relatório reflexivo» era a menos frequentemente utilizada, pois nenhum enfermeiro a considerou no

score um (1) e apenas 20,5% (n=9) a consideraram no score dois (2), salientando-se ainda o facto de 52,3% (n=23) a considerarem no score quatro (4), indicando que a utilizavam mais do que uma vez por trimestre, e 31,8% (n=14) considerarem que nunca a utilizam.

Estes resultados vêm comprovar os de Rocha (2013), relativamente aos serviços de saúde em geral, em que o «relatório reflexivo» também surgiu como a estratégia menos utilizada. No entanto, não comprovam os achados relativos aos CSP, em que a estratégia menos frequentemente utilizada era «sessões de supervisão em grupo».

A «auto supervisão» foi a estratégia menos referida como nunca implementada 15,9 % (n=7), ao contrário de Rocha (2013), em que foi a «formação contínua».

Na tabela 4 apresentamos a frequência com que os enfermeiros participantes desejavam que as estratégias de SCE fossem utilizadas.

Tabela 4 - Frequência desejada de utilização de estratégias de SC

Estratégias de SCE	1 Uma ou mais vezes por dia %	2 Uma ou mais vezes por semana %	3 Uma ou mais vezes por mês %	4 Menos que uma vez por trimestre %	5 Nunca %
Auto supervisão	40,9	11,4	34,1	13,6	0,0
Apoio	34,1	34,1	25,0	6,8	0,0
Observação	29,5	13,6	31,8	25,0	0,0
Demonstração	25,0	13,6	31,8	27,3	2,3
Supervisão à distância: *e-mail*	20,5	27,3	38,6	11,4	2,3
Análise crítico-reflexiva das práticas	22,7	29,5	34,1	13,6	0,0
Sessões de supervisão individuais	11,4	22,7	22,7	43,2	0,0
Sessões de supervisão em grupo	11,4	13,6	43,2	31,8	0,0
Feedback	4,5	34,1	45,5	15,9	0,0
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	15,9	15,9	43,2	25,0	0,0
Análise de casos com o supervisionado	9,1	27,3	40,9	22,7	0,0
Análise de casos em grupo	0,0	18,2	54,5	27,3	0,0
Formação contínua	13,6	6,8	43,2	36,4	0,0
Supervisão à distância: telefone	11,4	38,6	29,5	20,5	0,0
Supervisão à distância: *skype*®	9,1	27,3	29,5	20,5	13,6
Relatório reflexivo	0,0	15,9	25,0	52,3	6,8

Relativamente às estratégias de SC que os enfermeiros desejavam que fossem mais frequentemente implementadas, a «auto supervisão» surge em primeiro plano (40,9%), seguida do «apoio» (34,1%) e da «observação» (29,5%).

Estes dados não vão de encontro aos de Rocha (2013), onde a «observação» é a estratégia que os enfermeiros desejaram que fosse mais frequentemente utilizada.

As estratégias que desejavam que fossem utilizadas com menos frequência foram «relatório reflexivo» (0,0%, no score 1), «supervisão à distância: s*kype*®» (9,1%) e «supervisão à distância: telefone» (11,4%). Também Rocha (2013) constatou que o «relatório reflexivo» era a que os enfermeiros desejavam que fosse utilizada menos frequentemente.

Seguidamente, apresentamos, na tabela 5, dados que permitiram a comparação entre as três estratégias de SCE que os enfermeiros utilizavam mais frequentemente e as que desejavam que fossem mais frequentemente utilizadas.

Tabela 5 - As estratégias de SCE mais frequentemente utilizadas/desejadas

Estratégias de SCE **Frequência de utilização**	1 Uma ou mais vezes por dia %	2 Uma ou mais vezes por semana %	3 Uma ou mais vezes por mês %	4 Menos que uma vez por trimestre %	5 Nunca %
Auto supervisão	50,0	13,6	13,6	6,8	15,9
Apoio	31,8	15,9	15,9	15,9	20,5
Observação	29,5	22,7	11,4	11,4	25,0
Estratégias de SCE **Frequência desejada**					
Auto supervisão	40,9	11,4	34,1	13,6	0,0
Apoio	34,1	34,1	25,0	6,8	0,0
Observação	29,5	13,6	31,8	25,0	0,0

Constatámos que as três estratégias de SCE que os enfermeiros utilizavam mais frequentemente e as que desejaram que fossem mais frequentemente utilizadas, coincidiram, apesar de algumas diferenças percetuais: a «auto supervisão» era a mais frequentemente implementada e desejada (50,0% e 40,9%, respetivamente), seguida do «apoio» (31,8%, 34,1%, respetivamente), e da «observação» (29,5%, respetivamente).

Seguidamente, apresentamos, na tabela 6, dados que permitiram a comparação entre as três estratégias de SCE que os enfermeiros utilizavam menos frequentemente e as que desejaram que fossem menos frequentemente utilizadas.

Tabela 6 - As estratégias de SCE menos frequentemente utilizadas/desejadas

Estratégias de SCE Frequência de utilização	1 Uma ou mais vezes por dia %	2 Uma ou mais vezes por semana %	3 Uma ou mais vezes por mês %	4 Menos que uma vez por trimestre %	5 Nunca %
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	0,0	29,5	22,7	31,8	15,9
Análise de casos em grupo	0,0	22,7	18,2	38,6	20,5
Relatório reflexivo	0,0	20,5	13,6	34,1	31,8
Estratégias de SCE Frequência desejada					
Supervisão à distância: telefone	11,4	38,6	29,5	20,5	0,0
Supervisão à distância: *skype*®	9,1	27,3	29,5	20,5	13,6
Relatório reflexivo	0,0	15,9	25,0	52,3	6,8

A estratégia de SCE que os enfermeiros utilizavam menos frequentemente e que desejavam que fosse implementada menos frequentemente foi o «relatório reflexivo» (0,0% no score 1, respetivamente; 20,5% e 15,9% no score 2, respetivamente). Esta é, sem dúvidas, a estratégia que os enfermeiros menos utilizavam e que menos desejavam vir a utilizar.

Ao relatório reflexivo seguiram-se a «análise de casos em grupo» e «análise de documentação dos cuidados de enfermagem», como estratégias menos utilizadas (ambas com 0,0% no score 1; 22,7% e 29,5% no score 2, respetivamente).

Seguiram-se ao relatório reflexivo, a «supervisão à distância: s*kype*®» e «supervisão à distância: telefone», como estratégias que os enfermeiros desejavam que fossem implementadas menos frequentemente (9,1% e 11,4% no score 1, respetivamente).

Desta análise depreendemos que os participantes utilizavam e desejavam estratégias de SCE de natureza presencial, o que vem corroborar os resultados do estudo de Rocha (2013), que também demonstrou que, contrariamente ao que é descrito na literatura, os enfermeiros dos CSP não desejavam que as estratégias de supervisão à distância por telefone, por *e-mail* e por *skype*®, fossem das mais frequentemente implementadas. Os enfermeiros dos CSP também não desejavam que as estratégias de supervisão à distância fossem mais frequentemente implementadas, comparativamente aos enfermeiros do contexto hospitalar, o que a autora atribuiu ao facto dos contextos de trabalho dos seus inquiridos serem maioritariamente de zonas urbanas, do litoral, o que não acontece com os participantes do nosso estudo. Pois, apesar dos CS em estudo estarem sediados em zonas urbanas, na sua área de influência estão regiões do interior, com um forte caráter rural, onde o setor terciário é o que mais emprega a população.

Relativamente à relevância das estratégias de SCE o *ranking* apresentado na tabela 7 foi estabelecido em função da definição dos critérios: estratégia mais relevante – ter maior valor de percentagem (%) no score 5, e, no caso de duas estratégias obterem o mesmo valor de percentagem nesse *score*, verificar-se consecutivamente nos *scores* 4, 3, 2 e 1, o valor mais alto obtido; estratégia menos relevante - ter maior valor de percentagem (%) no score 1, seguido do score 2 - se duas ou mais estratégias com o mesmo valor em 1.

Tabela 7 - Relevância das estratégias de SCE

Estratégias de SCE	1	2	3	4	5
	Nada relevante %	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Apoio	0,0	2,3	13,6	34,1	50,0
Formação contínua	0,0	0,0	11,4	40,9	47,7
Observação	0,0	0,0	18,2	40,9	40,9
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	0,0	2,3	25,0	34,1	38,6
Auto supervisão	0,0	2,3	29,5	29,5	38,6
Demonstração	0,0	0,0	20,5	47,7	31,8
Análise crítico-reflexiva das práticas	0,0	0,0	13,6	61,4	25,0
Análise de casos em grupo	0,0	2,3	18,2	54,5	25,0
Análise de casos com o supervisionado	0,0	4,5	18,2	52,3	25,0
Sessões de supervisão em individuais	0,0	2,3	27,3	52,3	18,2
Feedback	0,0	0,0	27,3	50,0	22,7
Sessões de supervisão em grupo	0,0	4,5	29,5	43,2	22,7
Relatório reflexivo	2,3	4,5	29,5	45,5	18,2
Supervisão à distância: telefone	0,0	4,5	47,7	31,8	15,9
Supervisão à distância: *e-mail*	2,3	11,4	43,2	31,8	11,4
Supervisão à distância: *skype*®	11,4	9,1	54,5	15,9	9,1

Como podemos verificar pela análise da tabela, o «apoio» 50,0% (n=22), a «formação contínua» 47,7% (n=21) e a «observação» 40,9% (n=18), são as três estratégias que os participantes consideraram como as mais relevantes. A «supervisão à distância: *skype*®» 9,1 (n=4), a «supervisão à distância: *e-mail*» 11,4% (n=5), e a «supervisão à distância: telefone» 15,9% (n=7), são as três estratégias que os participantes consideraram como as menos relevantes.

Mais uma vez se verifica que os participantes atribuíram maior relevância a estratégias de natureza presencial, e menor relevância às estratégias de supervisão à distância.

Salientamos, ainda, o facto de, em termos de estratégias de supervisão em uso nos serviços, não ter emergido do discurso «sessões de SC», o que se compreende, até pelo

caráter informal da supervisão exercida nos contextos em estudo. No entanto, consideramos que as «entrevistas com o enfermeiro chefe» encerravam caraterísticas das «sessões de supervisão individuais» e as «reuniões de serviço» de caraterísticas das «sessões de supervisão em grupo», pelo que assim as considerámos, para efeitos da análise. Do discurso emergiu, ainda, a necessidade de, a par da formalização das políticas de SCE, implementar estratégias de SCE que passem pela utilização de sessões de supervisão individuais e sessões de supervisão em grupo. A este sistema demos o nome de "sistema eclético", pois integra sessões individuais e em grupo, em função das necessidades identificadas pelos intervenientes na SCE.

Salienta-se, no entanto, que a abordagem utilizada nos serviços relativamente às estratégias de supervisão em uso, vão de encontro às caraterísticas individuais de cada enfermeiro, tendo emergido a categoria «**planeamento de estratégias individualizadas**», ainda que pela exemplaridade do discurso do participante.

(…) mediante as necessidades, certamente, dar o suporte teórico e prático, transmitir as experiências vividas, (…) ***E13VP***

Nos subcapítulos que se seguem, exploramos individualmente cada uma destas estratégias, tendo-se adotado, para a ordem de abordagem, a relevância atribuída pelos participantes a cada uma destas, no ranking das 16, com exceção do «*feedback*» e «sessões de supervisão em grupo», às quais foi trocada a ordem, por ser mais facilitador para a compreensão analisar esta última logo a seguir às «sessões de supervisão individuais».

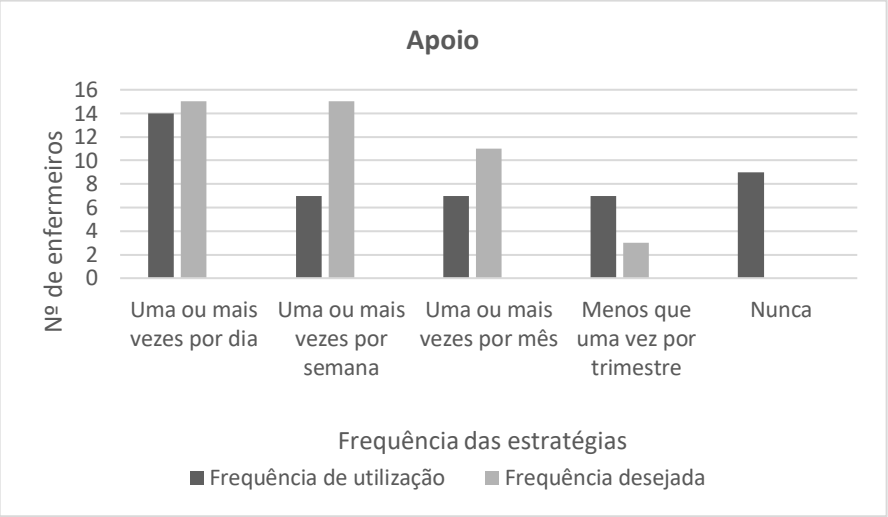
5.5.1. APOIO

O apoio é uma estratégia de SC que visa ajudar o supervisado na sua prática clínica, reduzir o stresse, prevenir o *burnout* e aumentar a sua satisfação profissional (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

A SCE emergiu na área da saúde com o objetivo de criar um sistema de apoio pessoal e profissional para os enfermeiros, que permitisse garantir a prestação de serviços de alta qualidade, através da avaliação da prática e incentivo da aprendizagem e desenvolvimento através da experiência e reflexão sobre a mesma (DoH, 1993).

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada nos serviços e à frequência desejada, apresentamos, no gráfico 1, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 1 - Apoio: frequência com que era realizado/desejado



Frequência de utilização

«Apoio» era a segunda estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 31,8% (n=14) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 15,9% (n=7) uma ou mais vezes por semana; 15,9% (n=7) uma ou mais vezes por mês; 15,9% (n=7) menos que uma vez por trimestre; e 20,5% (n=9) referiram que nunca utilizavam esta estratégia.

Estes resultados são muito próximos aos de Rocha (2013), em que esta estratégia era a terceira mais frequentemente implementada nos serviços de saúde em geral, em CSP, e em contexto hospitalar.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu, tal como na frequência de utilização, na segunda posição, em que 34,1 % (n=15) dos inquiridos desejavam ter apoio uma ou mais vezes por dia; 34,1% (n=15) uma ou mais vezes por semana; 25,0% (n=11) uma ou mais vezes por mês; e 6,8% (n=3) menos que uma vez por trimestre; não havendo participantes que nunca quisessem receber apoio.

Também relativamente ao desejo de implementação desta estratégia, estes valores são muito próximos aos de Rocha (2013), onde surgiu como a terceira mais frequentemente desejada nos CSP, nos serviços de saúde em geral e no contexto hospitalar.

Relevância

Quanto à relevância atribuída pelos participantes a esta estratégia, apresentamos, na tabela 8, alguns resultados objeto de análise.

Tabela 8 - Apoio: relevância

Apoio	1	2	3	4	5
	Nada relevante %	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**2,3**	**13,6**	**34,1**	**50,0**

O «apoio» foi a estratégia de SC considerada mais relevante. 50% dos participantes (n=22) consideraram-na totalmente relevante, 34,1% (n=15) muito relevante, 13,6% (n=6) relevante, 2,3% (n=1) pouco relevante; não houve nenhum enfermeiro que considerasse o apoio nada relevante.

Estes resultados diferem um pouco dos do estudo de Pires et al. (2016), em que esta estratégia foi considerada pelos inquiridos a quinta mais relevante, em que 41,8% consideraram-na totalmente relevante, 39,2% muito relevante, 17,6% relevante, 1,1% pouco relevante, e 0,4% consideraram-na nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi considerada pelos participantes a mais relevante, entre todas, a segunda mais frequentemente utilizada, desejando os participantes que se mantivesse a frequência da sua utilização, visto que surgiu na segunda posição neste *ranking*.

O «apoio» emergiu da análise dos dados de natureza qualitativa, como uma categoria que remete para uma das estratégias em uso e, simultaneamente, proposta para o programa de SCE a implementar. Face a esta categoria identificaram-se, quer na supervisão em uso, quer na desejada as dimensões «***emocional***» e «***profissional***».

Apesar de irmos proceder à análise destas dimensões separadamente, entendemos que elas são indissociáveis, pois influenciam-se mutuamente e complementam-se.

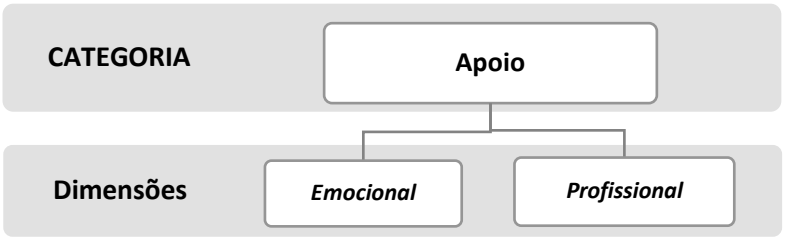


Figura 29 - Apoio: dimensões

(I) Dimensão Emocional

Sob o ponto de vista da análise dos dados de natureza qualitativa, o apoio emocional era uma estratégia utilizada pelos participantes, sobre a qual referiram:

> *Em termos de supervisão tenho usado mais estratégias no âmbito da formação e não tenho tido tanta intervenção em questões de apoio pessoal e emocional, mas isso também se faz! (…).* ***E7RP***

Pela análise do discurso, fazia-se apoio emocional nos serviços. Contudo, os enfermeiros entendiam que este era um aspeto que não era fácil de colocar em prática com todos os profissionais, na medida em que não se sentiam à vontade com todas as pessoas para abordarem questões deste nível. Inclusivamente, um dos participantes referiu que usava mais estratégias inerentes à função formativa da SC, o que conduziu ao seu próprio questionamento sobre a preparação dos enfermeiros que desempenhavam atividades de supervisão, em implementar estratégias de domínio restaurativo.

Efetivamente, o apoio faz parte da função restaurativa da SC, sendo um dos temas mais discutidos na evidência científica (Winstanley & White, 2003; Kleiser & Cox, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017). Porém, os enfermeiros que exerciam supervisão, consideraram terem pouca preparação nesta área.

> *(…) eu não me sinto à vontade com umas as pessoas, conforme me sinto com outras, para dar apoio emocional (…).* ***E6VP****; Porque nós, no fundo, não estamos preparados para ser supervisores clínicos, portanto, não pode ser qualquer um a ser.* ***E18VP***

Este discurso demonstra que o apoio disponibilizado pelos enfermeiros que exerciam supervisão não provinha da sua preparação para esta atividade, a qual se ia realizando em função da relação que se estabelecia entre os profissionais, o que vai de encontro ao percecionado por Driscoll (2000b), referindo que apesar dos sistemas de apoio serem, desde sempre, uma característica da enfermagem, em que alguns emergem do próprio grupo de trabalho, quando se percebe que se pode confiar em determinada(s) pessoa(s)

que se mostram disponíveis para compreender o colega e estão preparados para ouvir as suas preocupações sobre prática.

Butterworth e Woods (1998) descreveram este apoio como *ad-hoc*, denominando a forma não planeada como é exercido de "quebra de lágrimas", o que constitui uma importante forma de sobrevivência no trabalho, o preocupar-se e cuidar dos outros. Estes autores salientam que a SC não se destina a substituir tais episódios na prática, devendo ser uma fonte adicional de ajuda formal disponível para todos os profissionais.

São necessários supervisores realmente experientes, *experts* na respetiva área clínica, com competências que lhes permitam assegurar o estabelecimento de uma boa relação supervisiva, e relação de ajuda oportuna, que proporcionem o apoio adequado no desenvolvimento das competências do supervisado em contexto real (Pettifer & Clouder, 2008; Homem, 2012).

O sucesso da SC é, em grande medida, consequência do resultado da qualidade da supervisão e da relação entre supervisor e supervisado, onde o primeiro assume um papel de tal modo importante, que, para tal, deve ter a devida preparação e desenvolver competências específicas. Neste sentido, as organizações não podem permitir que todo o processo supervisivo fique hipotecado pela qualidade da supervisão, principalmente se esta está refém da deficiente preparação do supervisor, devendo tomar as medidas adequadas para solucionar a situação.

Por outro lado, os participantes também consideraram que quem tem dificuldades desta natureza não as expõe facilmente, verificando-se, por parte de algumas pessoas que estão a ser supervisadas, pouca abertura para o fazer.

> *(…) não temos abertura para falar, não queremos criar conflitos.* ***E14CH****; (…) não sei se seria fácil as pessoas falarem das suas dificuldades.* ***E6VP****; (…) há pessoas que se abrem mais e é relativamente fácil fazer algum tipo de suporte emocional neste momento. Mesmo em questões de vida pessoal, faz-se mais suporte emocional com alguns do que com outros. Com alguns colegas não consigo fazer nenhum tipo de suporte pessoal e emocional, as pessoas não se abrem e é difícil apoiar nalguma coisa. (…).* ***E7RP***

O facto do apoio emocional ser disponibilizado nestes contextos de forma desigual, quer por fatores inerentes às dificuldades dos enfermeiros que desempenhavam atividades de supervisão, por não se sentirem à vontade com todas as pessoas para o fazerem, quer por fatores inerentes a quem é supervisado, por não apresentar abertura para abordar as suas dificuldades neste âmbito, consideramos que se deve, em grande parte, à inconsistência dos processos de SC em uso, o que influencia, de sobremaneira, a preparação e formação do supervisor para o fazer, e do supervisado para o receber.

A falta de uma cultura e práticas pouco enraizadas de SCE legitima a presença de fatores impeditivos da qualidade e eficácia do apoio emocional. Até porque, como acautelam Thomas e Reid (1995), não devem ser negligenciadas as dificuldades da operacionalização da SC relativamente à falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa, a falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisado questionar o papel do supervisor, e a sobrecarga de trabalho, fatores que muito contribuem para que a relação de ajuda e o apoio emocional sejam afetados (França, 2013).

Estas condições têm vindo a predominar nos contextos de trabalho, principalmente pela natureza das políticas atuais, o que ficou patente no discurso dos participantes.

> *(…) com estas políticas não se valoriza a parte emocional, a iniciativa e perspetivas das pessoas, o aspeto mais individual de cada profissional.* ***E12VP***

Segundo Pires (2004), o escasso apoio profissional e emocional estava fortemente enraizado nas organizações. Também França (2013) referiu que a falta de apoio, nomeadamente a relação de ajuda, foram aspetos negativos referidos por enfermeiras recém-integradas, como consequência da falta de tempo com que as enfermeiras supervisoras se deparam nos seus turnos. Ou seja, face à gestão de tempo e estabelecimento de prioridades que as supervisoras têm que fazer, outras atividades têm que prevalecer sobre esta, a qual é relegada para segundo plano.

Brunero e Stein-Parbury (2008) concluiram que na evidência disponível predominavam as referências à função de suporte da SCE, atribuindo este facto à natureza stressante da profissão, em consequência da qual a necessidade de apoio é eminente. Neste sentido, os autores identificaram na SCE a oportunidade de os enfermeiros demonstrarem apoio emocional entre os pares, muito importante para que sintam que não estão sozinhos, proporcionando sentimentos de segurança e autoconfiança.

É neste contexto que, na maioria das definições de SCE, a relação entre supervisor e supervisado é versada como essencial (Sloan, 2005), argumentando-se que na qualidade da relação estabelecida entre este dois atores está a chave da criação de um bom ambiente de trabalho; relações estas que encontram fundamento no apoio que deve existir no fornecimento da SCE (Mills et al., 2005). Laitinen-Väänänen, Talvitie e Luukka (2007) referem que é na relação supervisiva que encontramos um dos elementos mais importantes no desenvolvimento da expertise clínica e formação da identidade profissional do supervisado.

Nos estudos de Pires (2004), Tavares (2013), Cruz (2012) e Vieira (2014), também emerge do discurso dos participantes que a SCE implica apoio a nível emocional ao supervisado

por parte do supervisor, no sentido de conseguir deste primeiro gerir as suas próprias emoções e sentimentos, mas também apoio profissional na parte técnica da profissão.

(II) Dimensão Profissional

Sob o ponto de vista da análise dos dados de natureza qualitativa, o «***apoio profissional***» foi outra dimensão identificada relativamente à estratégia «apoio», utilizada pelos enfermeiros participantes.

Nesta dimensão, quer na supervisão em uso, quer na exposta, identificou-se, um conjunto de subcategorias, conforme apresentamos na fig. 30.

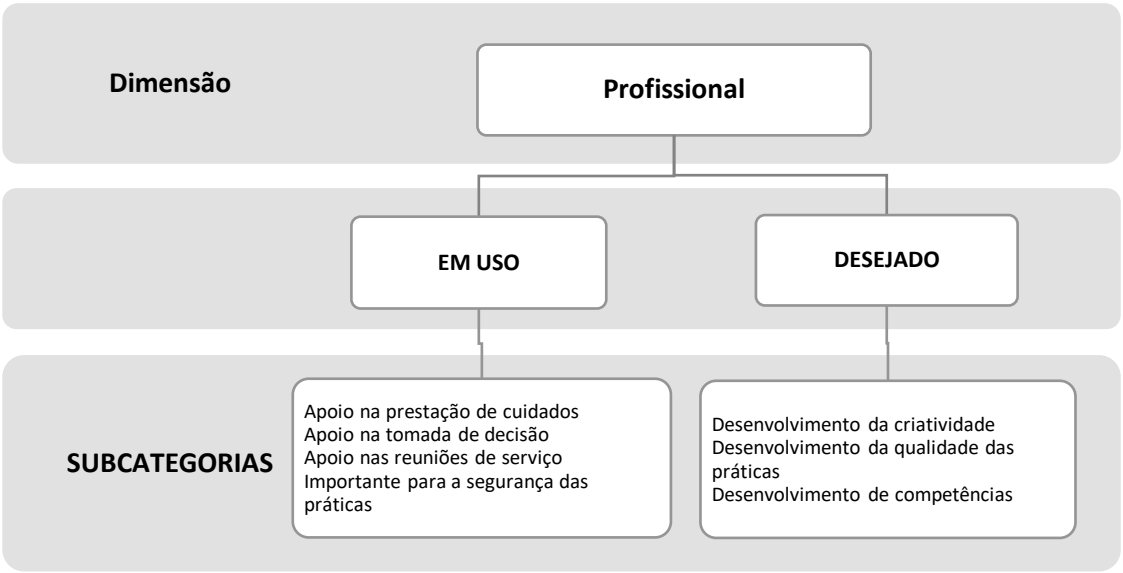


Figura 30 - Apoio profissional em uso/desejado: subcategorias

Nas várias definições de SC, a literatura aponta para um ponto de convergência relativamente ao facto de esta constituir um processo que impulsiona o desenvolvimento pessoal e profissional permanente, através do apoio profissional e da estimulação da reflexão sobre as práticas, resultando em aprendizagens significativas e aquisição de capacidades e competências determinantes para a promoção de cuidados de saúde seguros e de qualidade (Pires, 2004; Tavares, 2013).

No que ao apoio profissional em uso diz respeito, o discurso dos participantes ia de encontro a estes pressupostos.

I. Apoio na prestação de cuidados

Relativamente a esta subcategoria, um dos participantes referiu:

> *No meu caso, neste CS uso sempre o suporte profissional, nomeadamente para cada procedimento para cada tipo de intervenção. (…) o que eu vejo digo! Se por acaso nesta intervenção que observo, tipo programar uma dieta, … tento tornar a supervisão numa partilha, dar algumas sugestões, discutir a intervenção com o colega.* ***E15CH***

Estes resultados comprovam os de Tavares (2013) e os de Richards (2011), que concluíram que alguns participantes, apesar de possuírem o conhecimento teórico adquirido academicamente, têm momentos em que se sentem inseguros no decurso da sua prática clínica, sentindo necessidade de apoio por parte dos colegas mais experientes, no decurso da prestação de cuidados.

II. Apoio na tomada de decisão

> *Por exemplo, para a tomada de decisão que serve para esta prática, tem que se intervir na hora certa* ***E15CH***

III. Apoio nas reuniões de serviço

> *Nas reuniões eu dou orientações - "Para isto deves fazer isto e isto!" - isso no fundo são medidas orientadoras e a supervisão para mim é orientar, é encaminhar para o melhor caminho na perspetiva da eficácia, da qualidade e da satisfação do utente que está em causa.* ***E15CH***

Como já analisámos anteriormente, identificámos, nestas "reuniões de serviço em uso", paralelo com as sessões de supervisão em grupo, as quais permitem ao enfermeiro sentir-se apoiado pelos seus pares, repercutindo-se essa maneira de estar na forma como presta cuidados ao cliente (White & Winstanley, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007).

Borges (2013) também encontrou nas reuniões entre enfermeiros e supervisores clínicos, um espaço em que é fornecido apoio, na medida em que consideravam que a partilha de experiências permitia o desenvolvimento de habilidades e a busca de soluções para as dificuldades encontradas no processo supervisivo.

IV. Importante para a segurança das práticas

> *Sim, pode, o apoio profissional pode contribuir para essa segurança e eficácia das práticas* ***E10VP****; Eu acho que o suporte profissional é a base de tudo e é muito importante para as práticas serem seguras.* ***E15CH***

Relativamente ao apoio profissional exposto pelos enfermeiros, estes referiram que tal devia contribuir para desenvolver a criatividade, as competências e a qualidade das práticas.

V. Desenvolvimento da criatividade

Eu penso que sim, as políticas de supervisão devem facilitar a criatividade e a iniciativa, logo que vá de encontro às orientações e aos objetivos da instituição acho que sim, só tem a ganhar, porque quando a gente tem alguma iniciativa, alguma criatividade normalmente não pensamos só em nós, não somos artistas. (…) tem todo o interesse em que a supervisão reconheça a iniciativa e criatividade, que motive. ***E12VP***

VI. Desenvolvimento da qualidade das práticas

São pessoas que já trabalham há muitos anos e fazem isto como uma rotina, não estão muito abertas a novidades, se houvesse supervisão clínica, o apoio, acho que facilitava a melhoria a da qualidade dos cuidados E14VP; O que acho muito importante a desenvolver nas pessoas são as boas práticas, (…) é muito importante ajudar nisso! ***E6VP***

VII. Desenvolvimento de competências

O importante para a enfermagem e para os colegas é o conhecimento, é o saber ser e saber estar, e isto por vezes não é fácil, e se houver alguém nos ajude neste caminho torna-se um bocadinho mais fácil e a supervisão ajuda a tornar mais fácil. (…) ***E18VP****; Acho que sim, o suporte profissional é muito importante, em termos de conhecimentos.* ***E3VP****; Considero, sem dúvida alguma que o suporte é muito importante. Acho que é muito importante o suporte profissional, que nos ajude a melhorar o nosso conhecimento e os cuidados. (…) o pensamento crítico.(…). E6CH; Claro que sim, que é importante haver alguém no serviço que ajude a fomentar os nossos conhecimentos, um supervisor que nos ajude nisto.* ***E7CH***

Desde os primórdios da implementação da SCE no UK que o DoH se tem vindo a referir a este processo como facilitador de um sistema de apoio para os profissionais, no sentido de garantir a prestação de cuidados e serviços de alta qualidade, através da aprendizagem com e nas experiências, do apoio na prestação de cuidados, apoio na tomada de decisão, no desenvolvimento de conhecimentos e de competências e criatividades dos enfermeiros.

A enfermagem é uma profissão com uma forte constituinte prática, onde a componente relacional assume uma importância irrefutável no estabelecimento de uma relação supervisiva que proporcione bem-estar emocional ao supervisado, no sentido de que este seja capaz de desenvolver o seu conhecimento na ação, a sua capacidade de análise crítica, de tomada de decisão e de competências. Para tal é essencial que relação incorpore contributos de carácter psicológico, nas suas dimensões cognitiva e metacognitiva, afetiva, volitiva e contextual. Pois, conforme refere Tavares (2001) "*a cognição e a metacognição, a afectividade, nas suas expressões mais fortes, a emoção, o sentimento e a paixão atingem o seu grau de realização mais elevado e completo no acto de decisão*" (p. 63).

O apoio que a SC proporciona aos enfermeiros, na aquisição de competências a nível da reflexão para, na, e sobre a ação, ajuda-os na tomada de decisão, face a dilemas da prática, assegurando, assim, um melhor desenvolvimento. Ou seja, profissionais mais bem apoiados conseguem refletir melhor sobre as suas práticas, o que tem reflexo na melhoria da qualidade das mesmas, e no desenvolvimento profissional (Pires, 2004).

E, quando estes aspetos falham, os enfermeiros consideram "(…) *precisávamos de alguém que estivesse sempre ao pé de nós para responder a dificuldades".* Isto é revelador de que consideram importante ter um profissional presente, que os apoie e oriente, na busca de respostas às dificuldades com que se confrontam nas suas práticas (França, 2013, p. 99).

No entanto, a autora supracitada, concluiu que as adversidades expressas pelos participantes na sua investigação eram, tendencialmente, de natureza restaurativa, enquanto as estratégias enunciadas recaem na função formativa, o que denota que estes valorizam, sobretudo, esta última função, relegando para um segundo plano a função restaurativa.

Neste sentido, considerando a SCE um desafio que deveria ser reconhecido e apoiado nas suas múltiplas vertentes, face às adversidades encontradas na sua investigação, na ótica de França (2013), no que releva para as funções restaurativa e formativa, a autora considera necessário o reforço ao nível: do apoio emocional, na relação de ajuda, na forma a estimular a confiança e a motivação para a supervisão; do apoio profissional, da execução, da redução da carga horária de trabalho deixando tempo para a supervisão, da diminuição do número de clientes distribuídos e da definição de papéis evitando, assim, a mudança constante de supervisor; do *feedback*, que deve ser transmitido periodicamente, também ao supervisor, tendo em conta o seu desempenho supervisivo e o produto da supervisão.

Neste âmbito, não podemos deixar de referir Proctor (2006) quando argumenta que os profissionais de enfermagem em particular, e da área da saúde em geral, necessitam de apoio para procurarem a integridade e atingirem a sabedoria nas práticas.

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os apresentados no quadro 7.

Quadro 7 - Indicadores da estratégia «Apoio»

O supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado
O supervisor promove o suporte entre os pares
O supervisor propõe desafios
O supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades
O supervisor ajuda o supervisionado a gerir as emoções
O supervisor coloca-se no papel do supervisionado
O supervisor apoia o supervisionado em situações ansiogénicas

5.5.2. FORMAÇÃO CONTÍNUA

A «formação contínua» consiste numa estratégia facilitadora do desenvolvimento de conhecimentos e práticas, que contribui para formação e evolução profissional (Pires, 2004).

Decorria o ano de 1792, anterior à emergência de conceitos como "educação de adultos" ou "formação permanente/contínua", em plena Revolução Francesa, Condorcet já referia que a instrução não devia abandonar os indivíduos à saída da escola, "(…) *mas deve abranger todas as idades, pois não há nenhuma idade em que seja impossível ou inútil aprender*" (Canário, 2000, p. 11).

Segundo Canário (2000), historicamente, a educação de adultos emerge no séc. XIX, associada a dois grandes processos sociais: "*o desenvolvimento de movimentos sociais de massas (movimento operário)*", que o autor considera estarem origem da vitalidade da educação popular; e o que conduziu "*à emergência de modalidade de ensino de segunda oportunidade*", numa lógica de extensão ao mundo dos adultos (Canário, 2000, pp. 11-12).

A União Europeia, ao consagrar 1996 como ano Europeu da Educação e da Formação ao longo da vida, repôs no centro dos interesses e da reflexão a importância da educação nos processos pessoal e socialmente transformadores, retomando o conceito de formação permanente a sua matriz de continuidade temporal, de percursos, de trajetória e de caminho a percorrer (Pires, 2004). Este evento impulsionou a formação contínua enquanto estratégia a utilizar pelas organizações com vista à melhoria da qualidade das aprendizagens e das práticas dos profissionais, através da atualização permanente e aprofundamento de conhecimentos (Decreto-Lei nº 207/96, 1996), salientando-se que o objetivo principal para a maioria das organizações é a prestação de serviços de qualidade, em função dos padrões profissionais/organizacionais, onde a aprendizagem tem um papel

crucial para atingir este desiderato (Munson, 2002; International Council of Nurses [ICN], 2014).

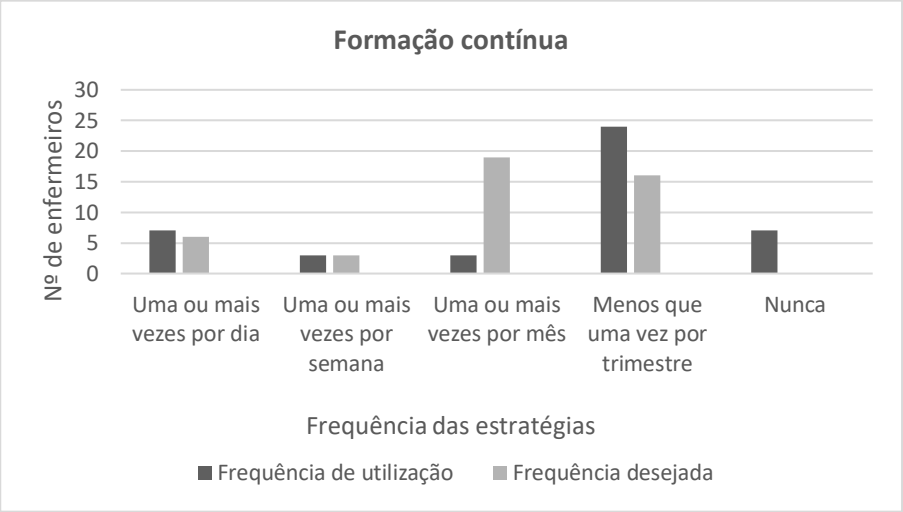
A formação contínua deve ser perspetivada como fator de desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos e das próprias instituições, no sentido da apropriação do desenvolvimento, da inovação e evolução dos contextos, salientando-se que, em saúde, a excelência do exercício profissional só é possível através da atualização permanente que faculte aos profissionais uma base de conhecimentos sólidos que respondam às transformações que se operam nesta área, o que confere à formação um papel decisivo no desenvolvimento contínuo dos profissionais, na superação das situações com que se confrontam (Sousa, 2003; ICN, 2014; Rocha, 2014).

A formação contínua assenta nos pressupostos da SC, principalmente no que releva para a função formativa, devendo ser perspetivada de forma integrada nos processos de supervisão, uma vez que é considerada como algo que deve acompanhar o profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para a construção do seu conhecimento, formação e desenvolvimento (Pires, 2004). Este tipo de formação radica nos fundamentos de criatividade e reflexão da SC, vistos como fatores promotores do desenvolvimento dos enfermeiros, aumentando as suas aptidões para a prática clínica (Pires, 2004; Guerra, 2008).

Formação contínua em uso e desejada

Sob o ponto de vista da análise dos dados de natureza quantitativa, também eles foram demonstrativos de que a formação contínua era uma estratégia utilizada e proposta pelos participantes, apresentando-se, no gráfico 2, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 2 - Formação contínua: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

A «formação contínua» era a sétima estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 15,9% (n=7) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 6,8% (n=3) uma ou mais vezes por semana; 6,8% (n=3) uma ou mais vezes por mês; 54,5% (n=24) menos que uma vez por trimestre; e 15,9% (n=7) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados aproximaram-se dos de Rocha (2013), em que esta estratégia era a oitava mais frequentemente implementada em contexto hospitalar e nos serviços de saúde em geral, surgindo em nono lugar nos CSP.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu na 13ª posição (a mesma posição no ranking comparativamente à frequência com que era utilizada), onde 13,6% (n=6) dos inquiridos desejavam ter formação contínua uma ou mais vezes por dia; 6,8% (n=3) uma ou mais vezes por semana; 43,2% (n=19) uma ou mais vezes por mês; e 36,4% (n=16) menos do que uma vez por trimestre; não houve participantes que desejassem que nunca fosse realizada formação contínua.

Rocha (2013), verificou que a formação contínua era a nona estratégia mais frequentemente desejada nos serviços de saúde em geral, nos CSP e no contexto hospitalar. Daqui, depreende-se que os enfermeiros que participaram no nosso estudo não desejavam que esta estratégia fosse tão frequentemente implementada, comparativamente ao estudo de Rocha (2013).

Relevância

Quanto à relevância atribuída pelos participantes à formação contínua, apresentamos, na tabela 9, alguns resultados objeto de análise.

Tabela 9 - Formação contínua: relevância

Formação contínua	1	2	3	4	5
	Nada relevante %	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**0,0**	**11,4**	**40,9**	**47,7**

Esta estratégia foi considerada a segunda mais relevante, em que 47,7% (n=21) dos participantes consideraram-na totalmente relevante, 40,9% (n=18) muito relevante, 11,4% (n=5) relevante, não havendo nenhum enfermeiro que a considerasse pouco relevante ou nada relevante.

Estes resultados diferem pouco dos do estudo de Pires et al. (2016), em que esta estratégia foi considerada pelos inquiridos a quarta mais relevante, em que 44,3% consideraram-na totalmente relevante, 42,5% muito relevante, 12,8% relevante, 0,4% pouco relevante e nenhum enfermeiro a considerou nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi considerada a segunda mais relevante, a sétima mais frequentemente utilizada, e a 13ª relativamente ao desejo da frequência da sua utilização.

Constatámos, quer pelos resultados quantitativos, quer qualitativos, que a «formação contínua» era uma estratégia em uso nos serviços estudados, e desejada pelos participantes.

Relativamente aos dados de natureza qualitativa, face à categoria "formação contínua", identificámos um conjunto de subcategorias (fig. 31), comuns à supervisão em uso e à desejada, com exceção da subcategoria «projetar formação em SCE»[25], que emergiu, apenas, na SCE desejada.

[25] «Projetar formação em SCE» – subcategoria que emergiu apenas da SCE desejada

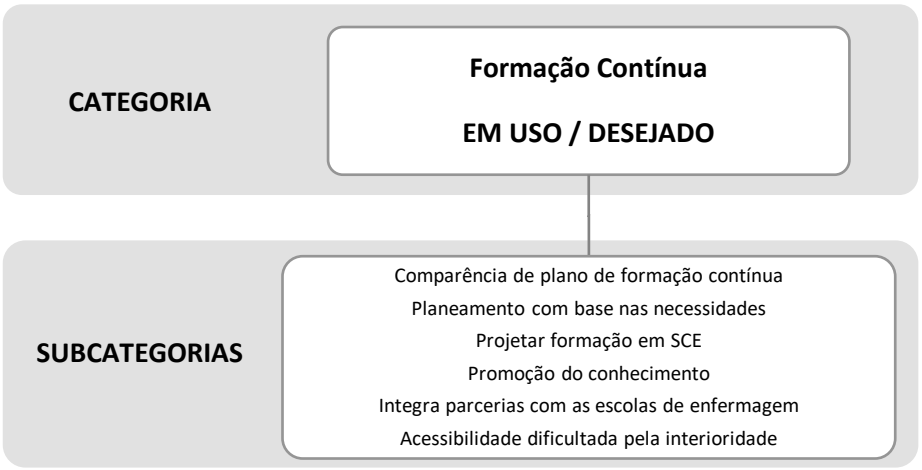


Figura 31 - Formação contínua em uso e desejada: subcategorias

I. Comparência de plano de formação contínua

Em uso

*Há um plano de formação para o serviço. **E11CH**; Faço sempre reuniões mensais em que, além daquilo que tenho para dizer, tenho sempre uma agenda de alguns pontos para reflexão (…) faço um planeamento da formação. **E15CH***

Desejado

*Se for implementada a SC, o modelo deve ter incluído a formação, o planear de estratégias para a formação em serviço. **E10CH**; (…) devia haver planeamento de formação e os profissionais fazerem a sua formação em tempo previsto. **E6VP**; A SC deve prever momentos programados de formação em serviço, acho que era muito importante! **E7VP**; Gostava que houvesse planos de formação das unidades funcionais e acho que é fundamental! Tanto é fundamental que é uma das componentes do plano de ação das diferentes unidades. **E9CH***

II. Planeamento com base nas necessidades

Em uso

*Dou formações de acordo com os diagnósticos, se se tem ganhos em saúde ou não (…) Nas reuniões de serviço também se identificam sempre as necessidades de formação dos elementos, as áreas em que não tenham tantos conhecimentos e vemos uma forma de fazer formação para colmatar isso. (…) a formação é essencial para todos em termos de crescimento, estamos sempre atentos à novidade e as pessoas vão, dentro das necessidades. **E15CH**; Na sub-região fomos tendo sempre uma visão da formação em função das áreas que são sensíveis aos cuidados de enfermagem e em que os enfermeiros tinham mais dificuldade, (…) **E16CH**; Normalmente a estratégia usada é planear a formação em função ou de necessidades identificadas pelos enfermeiros, ou de necessidade (…) **E7RP***

Desejado

*Era preciso haver ações de formação planeadas, termos oportunidade de fazer formação em função das nossas necessidades. **E14VP**; (…) os enfermeiros podiam sugerir os temas dependendo das dificuldades que sentem no seu dia-a-dia. **E13CH**; A formação em serviço tem*

que ir de encontro às necessidades (…) cada um é que tem que dizer quais são as áreas em que não está tão à vontade. ***E14CH***

III. Projetar formação em SCE

Era bom se tivéssemos mais horas de formação sobre SC. ***E8RP***

IV. Promoção do conhecimento

Em uso

Nós ainda temos formação em serviço que nos ajuda a desenvolver o conhecimento profissional. ***E11CH****; (…) As pessoas vão porque sentem necessidade de fazer formação em serviço, de melhorar os seus conhecimentos! (…) porque na nossa profissão não se pode estagnar, o que é hoje, passado três ou quatro, ou menos anos, já não é a mesma coisa. (…) Por isso é que a formação em serviço é muito importante (…) já estou a trabalhar há catorze anos e sinto que não se pode estagnar, porque os conhecimentos evoluem. (…) Os cuidados e o cuidar, e a prestação de cuidados são cada vez mais complexos, as coisas mudam muito rápido!* ***E1CH****; A formação contribui muito para estarmos atualizados (…).* ***E3VP****; (…) isso a gente tenta todos os dias fazer, aumentar os conhecimentos com formação.* ***E5CH***

Desejado

Portanto, como diz Leonardo Da Vinci, uma boa teoria alicerça-se com uma boa prática, digamos assim, e vice-versa. (…) E a supervisão tem que contribuir para isso para termos melhor formação, melhores conhecimentos (…) mais formação, que temos muito pouca! ***E6CH****; A supervisão que tivermos deve continuar a contribuir para o desenvolvimento dos nossos conhecimentos a nível profissional, através da formação em serviço* ***E5CH****; A formação em serviço dá para fazer a ligação da teoria à prática.* ***E5VP***

V. Integra parcerias com as escolas de enfermagem

Claro que tivemos a sorte de poder contar com os professores da ESEnfSJ de poderem fazer-nos a formação, com desenvolvimento de alguns trabalhos de investigação-ação que foram feitos também na nossa sub-região e neste momento no ACES. (…) isto vem contribuir muito naquilo que era a nossa estratégia, aliarmo-nos a eles [escola de enfermagem] e criarmos uma parceria, no fundo, que contribuísse para a formação e desenvolvimento dos enfermeiros do ACES. (…) E isso tem-nos ajudado imenso, essa estratégia de parceria com a escola de enfermagem, tem-nos ajudado em termos de crescimento e em termos de desenvolvimento do conhecimento que tentamos proporcionar aos enfermeiros. (…) Todos os enfermeiros da sub-região beneficiaram disso [parcerias na formação e investigação], nós crescemos muito enquanto serviços, e em termos de práticas, á custa dessa articulação com as escolas de enfermagem. ***E16CH***

VI. Acessibilidade dificultada pela interioridade

Embora a gente procure alguma informação, em termos de formação fica tudo em Lisboa. E fica longe! ***E13VP****; O que verifico é que no litoral as pessoas fazem mais formação, talvez devido à acessibilidade, há mais formação do que aqui no interior e é mais fácil para quem lá está ir a formação.* ***E16VP****; (...) antigamente eram muitas em Vila Real, agora não! É tudo no Porto! Tudo no Porto!* ***E5CH****; A região de Trás-os-Montes está um bocado limitada, mas no Porto e Lisboa existe muita …e a pessoa só não faz formação se não quiser.* ***E1CH****; Aplico sempre um bocado de tempo para poder ir a formações, o que nem sempre é possível, porque nós estamos muito distantes dos meios onde se pode aprender mais. No Porto é mais fácil!* ***E8CH****; (…) se for no CS é mais fácil de vir, é mais acessível.* ***E10CH***

A "*complexidade e responsabilidade inerentes à prática de enfermagem requerem o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros*", com base em programas de formação adequados às realidades organizacionais (Garrido et al., 2008, p. 21), numa conjuntura onde as transformações que se operam nos contextos de saúde conferem, efetivamente, à educação permanente, um papel capital, enquanto elemento facilitador do desenvolvimento profissional contínuo e a superação das necessidades com base em evidência científica, criatividade, e envolvimento.

No entanto, e como fazia parte do entendimento dos participantes, na atualidade, a formação contínua não se pode circunscrever aos "espaços" e "atores" duma estrutura organizacional, devendo transpô-los de diferentes formas, inclusivamente, no estabelecimento de parcerias interorganizacionais que permitam a interação com outros espaços, realidades e profissionais, o que constitui uma mais-valia nos processos formativos e desenvolvimentais, permitindo o contacto com novas/diferentes aprendizagens e a construção de conhecimento novo.

Os contextos de trabalho, enquanto espaços privilegiados para a criação intencional de oportunidades de aprendizagem, exercem grande influência sobre os profissionais, na medida em que promovem mudanças nos domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal (Varandas & Lopes, 2012). Porém, para que os enfermeiros se formem adequadamente na interação com os seus pares e com o espaço organizacional, é essencial o investimento nas estratégias adequadas, cujas suas propriedades promovam, efetivamente, o desenvolvimento de competências.

Neste âmbito, há autores que defendem que a formação contínua é um recurso de excelência para o desenvolvimento dos profissionais, onde a SCE se tem- vindo a afirmar como aliado na consecução deste desiderato, na medida em que é um processo através do qual muitos sistemas de saúde têm vindo a consolidar a introdução de políticas de formação contínua, alicerçadas na análise crítica e práticas reflexivas, devendo a formação contínua ser vista como um elemento/estratégia que integra a SCE, e não como um substituto da mesma (Munson, 2002).

Efetivamente, a evidência tem vindo a demonstrar que um dos objetivos da SCE passa por identificar estratégias adequadas de implementação da formação contínua e práticas reflexivas, tendo, a montante, explorado as dificuldades na implementação das mesmas e determinar como remover essas barreiras, efetuando um planeamento cuidadoso de objetivos e metas, trabalhando de forma mais criativa, inclusivamente, com recurso a novas tecnologias, usando fóruns existentes e trabalhando em rede com outras disciplinas (Howatson-Jones, 2003).

Face ao exposto, a existência de programas de formação contínua nas organizações é essencial, na medida em que são considerados uma das principais fontes de formação profissional, servindo a valiosa função de preparar os enfermeiros para fazerem face à constante evolução técnica, científica e social, associada aos cuidados de saúde (Munson, 2002).

A formação contínua é um elemento-chave da SC, prevista em todos os programas e modelos de SCE, enquanto componente da função formativa, sendo um dos temas muito discutidos na evidência científicadisponível (Winstanley & White, 2003; Kleiser & Cox, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

A SCE é insubstituível na estruturação e facilitação da formação, bem como na aprendizagem contínua dos enfermeiros, elemento fundamental na apropriação de conhecimento que permite a garantia da qualidade do exercício profissional.

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os apresentados no quadro 8.

Quadro 8 - Indicadores da estratégia «Formação contínua»

O supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão
O supervisor identifica necessidades de formação do supervisionado
O supervisor indica fontes de pesquisa
O supervisor incentiva a pesquisa
O supervisor incentiva uma prática baseada na evidência

5.5.3. OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS

A observação consiste numa estratégia que compreende um processo estruturado de observação das práticas e atitudes do supervisado (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Esta estratégia, transversal às diferentes áreas profissionais, nomeadamente na educação e enfermagem, consiste num conjunto de atividades que se destinam a recolher informação sobre determinado contexto ou ação, servindo de ponto de partida para a reflexão sobre a ação, no sentido de promover a qualidade das práticas (Alarcão & Tavares, 2007).

Da análise dos dados de natureza qualitativa «observação das práticas[26]», emergiu como categoria enquanto estratégia em uso e, concomitantemente, como estratégia desejada para o programa de SCE a implementar, coma as respetivas subcategorias, conforme a fig. 32.

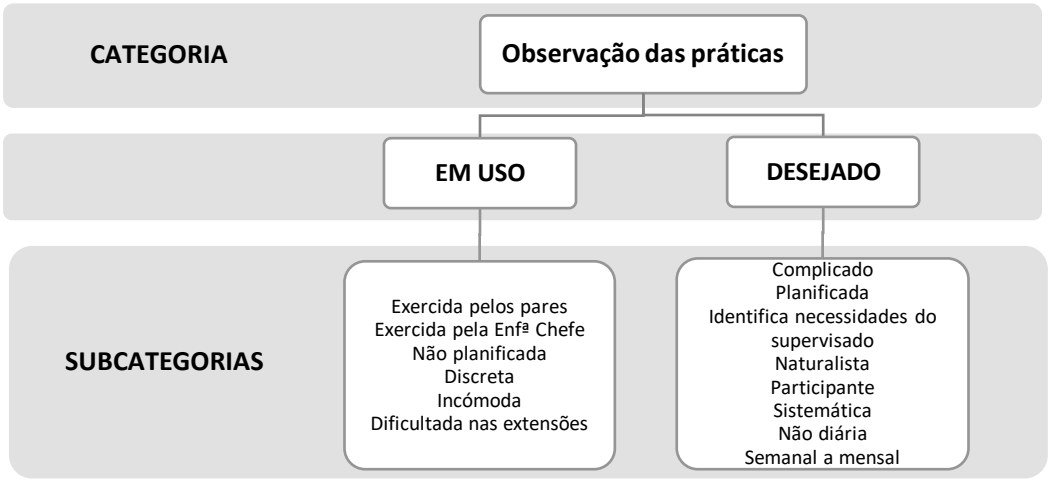


Figura 32 - Observação das práticas: subcategorias

Relativamente às práticas de supervisão em uso, foi manifesto no discurso dos participantes o recurso a esta estratégia.

Em uso

Porque esta visão [perceção do supervisor sobre o que se passa com o supervisado] baseia-se na observação direta, ***E15CH****; (…) mas isso, pelo menos às vezes, já vamos fazendo (…)* ***E3CH****; Sim, no CS já temos como atividade observar os cuidados; (…) Eu penso que sim, enquanto chefe consigo observar as práticas.* ***E7RP***

Foi, também, evidente, que pretendiam que esta continuasse a ser utilizada no programa de SCE a implementar.

Desejado

(…) o supervisor não pode deixar de observar as práticas! ***E15CH****; Portanto, eu penso que [o supervisor] terá que fazer essa observação.* ***E16CH****; (…) se a gente não observa não temos uma base de partida para fazer depois o acompanhamento, para fazer o suporte e o apoio profissional.* ***E7RP****; Sem isso é impossível a supervisão, o supervisor deve observar, acompanhar, apoiar.* ***E17VP****; Sim, se houvesse SC formal, o papel do supervisor também é observar as práticas.* ***E8RP****; Eu acho que sim, em supervisão acho importante o supervisor ir observar as práticas do supervisado.* ***E9VP***

[26] Observação das práticas - Código *in vivo*

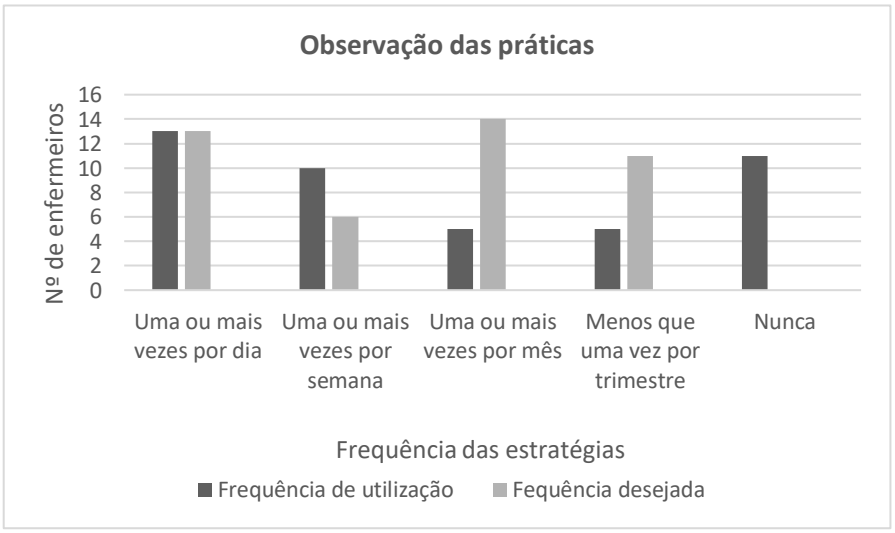
A SC deve envolver métodos de observação direta, a qual deve constituir a base do trabalho do supervisor, pois é uma das maneiras mais eficazes de contribuir para o desenvolvimento de habilidades do supervisado, monitorizar o seu desempenho e garantir cuidados de qualidade (Center for Substance Abuse Treatment, 2009).

A observação permite caraterizar as situações de trabalho com que os profissionais se confrontam. Por intermédio da perceção e análise subjetiva do real, efetuada pelo supervisor, podem ser identificadas variáveis e interações que fornecem dados para a análise objetiva da situação e para a construção de uma consciência crítica de si e dos outros, face à situação (Estrela, 1994).

As investigações de Cruz (2012) e Borges (2013) também apontaram a observação como uma estratégia a utilizar pelos enfermeiros em contexto da SCE. O segundo estudo aponta para que uma das componentes da observação deva ser realizada no contexto das sessões de SC, outra deverá ser efetuada *in loco*, no decurso do acompanhamento das práticas dos enfermeiro, fazendo os respetivos registos, após o qual deverá haver uma reunião entre supervisor e supervisado, de cerca de 30 minutos, para discutir aspetos inerentes ao observado (Borges, 2013).

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia é utilizada nos serviços, a frequência desejada e relevância que lhe é atribuída pelos participantes, apresentamos, no gráfico 3, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 3 - Observação das práticas: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

«Observação» era a terceira estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 29,5% (n=13) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 22,7% (n=10) uma ou mais vezes por semana; 11,4% (n=5) uma ou mais vezes por mês; 11,4% (n=5) menos que uma vez por trimestre; e 25,0 % (n=11) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados aproximam-se aos de Rocha (2013), onde esta estratégia era a primeira mais frequentemente implementada nos serviços de saúde em geral, em CSP, e em contexto hospitalar.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu na terceira posição (a mesma posição no ranking comparativamente à frequência com que era utilizada), onde 29,5% (n=13) dos inquiridos desejavam ter apoio uma ou mais vezes por dia; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por semana; 31,8% (n=14) uma ou mais vezes por mês; e 25,0% (n=11) menos do que uma vez por trimestre; não havendo participantes que desejassem que a observação nunca fosse utilizada na SCE a implementar.

Também relativamente ao desejo de implementação desta estratégia, estes valores aproximam-se aos de Rocha (2013), onde aparecia como a primeira mais frequentemente desejada nos serviços de saúde em geral, no contexto hospitalar e nos CSP, respetivamente.

Relevância

Quanto à relevância atribuída pelos participantes a esta estratégia, apresentamos na tabela 10 alguns resultados objeto de análise.

Tabela 10 - Observação das práticas: relevância

Observação	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	Nada relevante %	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**0,0**	**18,2**	**40,9**	**40,9**

Esta estratégia de SC foi considerada a terceira mais relevante (a mesma posição no *ranking* comparativamente à frequência com que era utilizada e desejada), em que 40,9% (n=18) consideraram-na totalmente relevante, 40,9% (n=18) muito relevante, 18,2% (n=8) relevante, não havendo nenhum enfermeiro que a considerasse pouco relevante ou nada relevante.

Estes resultados são muito próximos aos de Pires et al. (2016), em que esta estratégia foi considerada pelos inquiridos a terceira mais relevante, em que 45,1% consideraram-na totalmente relevante, 34,4% muito relevante, 19,8% relevante, 0,7% pouco relevante e 0,0% nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi considerada pelos participantes a terceira mais relevante, a terceira mais frequentemente utilizada, desejando os participantes que assim se mantivesse a frequência da sua utilização, visto que surgiu na terceira posição neste *ranking*.

Alguns autores atribuem a relevância desta estratégia ao facto de permitir ao supervisor analisar as atitudes e o desempenho prático do supervisado, resultante da observação direta das práticas deste último (Fonseca, 2006; Proctor, 2006; Moreira & Alfredo, 2011; Carvalho, 2012).

O supervisor clínico, ao utilizá-la, assumindo o papel de observador, deve registar a informação recolhida, analisá-la, estabelecer critérios, dar opinião e fornecer o *feedback* apropriado, permitindo a reflexão sobre os fenómenos observados e a sua melhor compreensão, o que é fundamental para a otimização da comunicação, dos processos de auto e hetero conhecimento e da qualidade do desempenho do supervisado (Fonseca, 2006; Proctor, 2006; Moreira & Alfredo, 2011; Carvalho, 2012). Entendemos que a natureza desta observação deva ser inspirada em Dewey (1910) e Schön (1987) ou seja, na observação reflexiva sobre o modo como os profissionais agem.

Observação das práticas em uso

Relativamente à supervisão em uso nos serviços, foram identificadas seis subcategorias, inerente à categoria «observação das práticas», conforme a fig. 33.

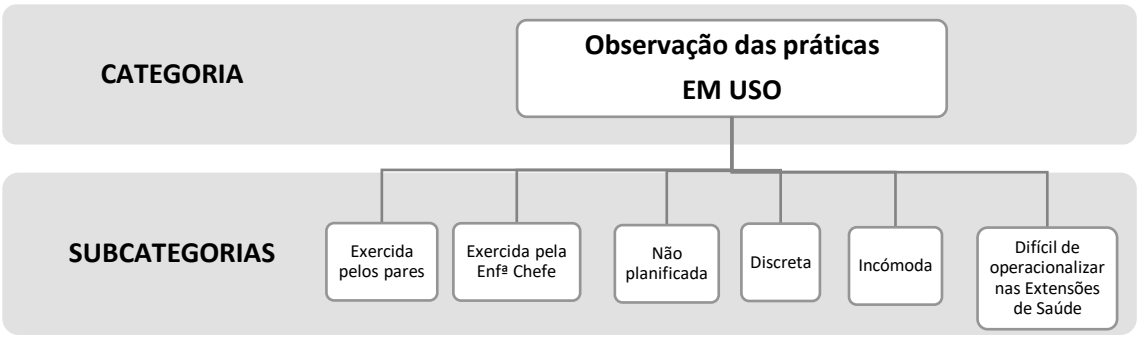


Figura 33 - "Observação das práticas" em uso: subcategorias

I. Incómoda[27]

Se não estorvar acho que sim, o supervisor pode ser um contributo. Porque às vezes a gente está a fazer uma coisa e está ali alguém especado a olhar e a gente nem faz o serviço como deve ser. ***E10VP****; Incómoda [a observação], mas não é dispensável, até para eu [supervisor] ver também as práticas.* ***E15CH****; Pronto, mexe um bocadinho comigo! Fico de pé atrás! Uma pessoa sentir-se constantemente observada, ou saber que a qualquer momento há ali alguém a observar-me mexe comigo. (…) É algo que tem que estar presente, mas tem que se fazer, se calhar, de outro modo, melhor, ou de outra forma. (…) Mexe um bocadinho, aí nessa parte de ser vigiado. (…) Porque é assim, se é uma pessoa que pelo simples facto que eu noto que está ali só para observar, que já me atemoriza, já me condiciona,… eu acho que não é por aí!* ***E4CH***

II. Exercida pelos pares

(…) os colegas observam as práticas uns aos outros. A estratégia cá é essa! Como tenho uma sala, normalmente com dois enfermeiros, observam-se uns aos outros. ***E18VP****; (…) acho que essa supervisão [de observação das práticas], de forma muito informal, entre colegas, e de uma forma menos consciente, acho que continua a existir (…), sim! E7RP; (…) às vezes nós, mesmo entre nós, observamos as práticas uns dos outros.* ***E7VP****; Às vezes temos atividades fora do centro de saúde e, muitas vezes, eu também não consigo fazer as coisas sozinha, tem que ser a equipa da sede que me ajuda. E, muitas vezes, as pessoas também me farão supervisão, como eu trabalho, da maneira de ser, da maneira como eu lido com as outras pessoas com que eu tenho que me relacionar quando estou a fazer as minhas atividades. Acho que sim, que as outras pessoas irão analisar a maneira como eu reajo a determinadas situações. Acho que estamos sempre todos a fazer supervisão uns aos outros, apesar de eu trabalhar mais sozinha [na extensão].* ***E11VP***

III. Exercida pela Enfermeira Chefe

É assim, a chefe vai-nos vendo também no dia-a-dia, no nosso desempenho. ***E1VP****; Observava, a chefe observava o nosso trabalho, (…).* ***E9VP****; (…) observo os cuidados dos colegas, embora não seja um processo com essa formalidade, mas a própria natureza das coisas, e às vezes nem sempre muito consciente.* ***E7RP***

[27] Incómoda - Código *in vivo*

IV. Não planificada

Eu, no meu caso, observo o imprevisto; se por acaso eu vir que não estamos a ser eficazes, que [o enfermeiro] não atinge os objetivos, não dá alta á intervenção é porque não está a fazer nada. O que é que lhe falta? Não está atenta? Não tem conhecimento? Planeou mal a intervenção e não a consegue realizar? E15CH; (…) o facto de ir ao serviço, ainda que com outros objetivos, deu para ver muitas coisas (…) não vou ao CS entrar no gabinete para observar as práticas, eu passo e vou cumprimentar a colega, mas ela está a atender e eu vou ficando… vou observando. ***E16CH****; Sim, às vezes vou às salas e observo os cuidados, mas é de vez em quando, normalmente não planeio, vou fazer outras coisas e aproveito.* ***E18VP***

V. Discreta

Também vou muitas vezes, sem dar muito nas vistas, observar as práticas dos colegas. (…) Eu, por exemplo, já fui enfermeira chefe, acompanhava o exercício das colegas e nunca elas se sentiram observadas nem eu nunca me pus na postura da observação. Agora fazia era muitas coisas do género - "hoje apetece-me fazer VD's…" - e ia com elas, no sentido de ver. Enquanto elas tratavam o doente, eu estava a conversar com o doente ou com um familiar. Mas estava a ver como é que elas geriam o tempo, como é que geriam as coisas e depois chamava a atenção de algumas coisas que não estavam tão corretas. ***E16CH***

VI. Difícil de operacionalizar nas Extensões de Saúde

Também é possível fazer supervisão e observação nas Extensões de Saúde, com visitas à Extensão. A observação é muito correta fazer-se. Mas fazer observação frequente, lado a lado, não é possível fazer na Extensão. ***E7RP***

No discurso, os participantes deixaram evidente que, nos contextos estudados, era efetuada observação das práticas clínicas dos enfermeiros, de forma discreta e não planeada, exercida pelos seus pares, ou pelo enfermeiro Chefe, a qual, alguns, consideravam incómoda, por não se sentirem confortáveis ao serem observados. Um dos participantes considerou que apesar realizar observação das práticas clínicas na Extensão de Saúde, esta é de difícil operacionalização, na medida em que sentem dificuldade em fazê-lo frequentemente.

Também nos estudos de Pires (2004), Tavares (2013), Pinto (2013) e Rocha (2013), se constatou que a observação das práticas era uma estratégia utilizada pelos enfermeiros, e que encerrava algumas perceções de cariz menos positivo.

Apesar de, na evidência disponível, não termos resultados sobre a operacionalização das estratégias de SCE especificamente nas Extensões de Saúde, em termos comparativos, encontrámos algumas semelhanças entre estes contextos e as zonas rurais e remotas, descritas em alguns estudos, onde o acesso à SCE presencial pode ser particularmente problemática para os profissionais, devido às dificuldades de acesso e participação na SC, que podem ser aliviadas por algumas das estratégias e supervisão à distância (Thompson & Winter, 2004; Todd & O'Connor, 2005; Wagner et al., 2008).

Observação das práticas proposta

Relativamente à supervisão proposta, foram identificadas seis subcategorias inerentes à categoria «observação das práticas», as quais estão muito relacionadas com aspetos da operacionalização desta estratégia (fig. 34).

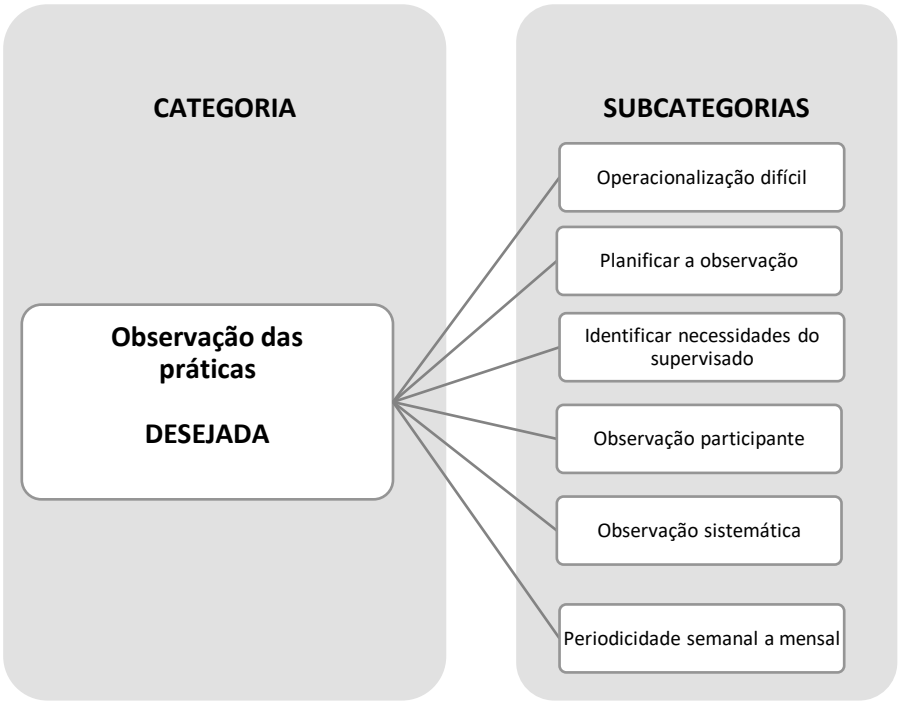


Figura 34 - "Observação das práticas" em uso: subcategorias

I. Operacionalização difícil

Ah, isso já é mais complicado! Não sei, não faço a mínima ideia [como se pode colocar em prática a observação das práticas dos enfermeiros]. ***E13CH***

II. Planificar a observação

Agora não se vai pôr lá ao lado e dizer, agora estou aqui a observar o que estás a fazer. (…) A observação também não pode ser assim muito ocasional, para ser ocasional é aquilo que acontece hoje, e nós pretendemos que isto seja um processo *mais isento e mais profissional;* ***E16CH****; Acho que o facto de ter um plano, [para a observação das práticas] facilita a supervisão.* ***E7RP***

III. Identificar necessidades do supervisado

Se ele [supervisor] não observar não identifica a necessidade de o enfermeiro melhorar algumas práticas, se aquela pessoa necessita de ser mais questionada sobre determinadas áreas do que outras. ***E16CH***

IV. Observação participante

E, também, não será desejável [fazer observação frequente na extensão], senão dá a sensação que anda ali um polícia a acompanhar cada enfermeiro e que não se confia no seu trabalho. Faz sentido fazer quando lá vamos, naturalmente. Agora andar sempre lá a observar, parece que anda ali um polícia a acompanhar cada enfermeiro e que não se confia no seu trabalho. ***E7RP****; Que houvesse um supervisor clínico para observar os nossos cuidados, e até dar-nos sugestões, acho isso importante.* ***E15VP****; Há sempre coisas novas que poderiam ser transmitidas. Se calhar faria sentido haver alguma observação! É sempre positivo! O supervisor podia ajudar nalgumas coisas que fosse observar. (…) Acho que há sempre coisas novas, e quando isso acontecer, o supervisor deve ir observar, e ajudar.****E8RP***

V. Observação sistemática

(…) agora tem que haver alguma periodicidade, de forma que, de x em x tempo, a gente saiba que vamos acompanhando, e vamos vendo. (…) portanto, tem que haver alguma periodicidade na observação. ***E16CH****; Sistemática, a observação das práticas devia ser sistemática (…) porque nem toda a gente funciona sempre igual. Há dias em que se funciona melhor, e dias menos bons, em que podemos prestar piores cuidados. Quando há uma observação pontual podemos apanhar, precisamente, um dos dias menos bons, ou um dos dias melhores, e, a partir daí, generalizar. Existe este perigo, de generalizar pela observação pontual e a supervisão intervir de forma errada.* ***E7RP****; Sim, deve haver alguém que veja os procedimentos que se estão a fazer. (…) Nós, às vezes, estamos a prestar os cuidados e nem nos apercebemos dos nossos erros. Se for alguém observar e que se aperceba de alguma coisa que nós não nos apercebemos, depois acabamos por concordar que realmente têm razão, e acabamos por modificar atitudes.* ***E7VP***

VI. Periodicidade semanal a mensal

Ainda que não seja todos os dias, porque isso é difícil, mas com frequência nem que seja de uma vez por mês, o supervisor deve observar, acompanhar, apoiar os colegas que orienta. ***E17VP****; Observação e acompanhamento, em diferentes momentos, nos permitirão observar melhor. Talvez ter o cuidado de observar pelo menos uma vez por semana. E quando a gente vê que a coisa está mesmo muito má, também se institui outros níveis de observação, mais regular. Aí até pode ser diário, para verificar se isto foi uma coisa ocasional ou não!* ***E7RP****; Eu acho que num modelo de SC teria que se delinear a observação das práticas de duas em duas semanas. Dependendo da disponibilidade, sim, mas devia ter alguém aqui comigo, o supervisor, para observar e avaliar a técnica.* ***E9VP****; Se calhar era importante que [o supervisor] viesse observar, mas não constantemente.* ***E10VP****; Eu penso que a observação não precisa ser diária, (…) Agora não me parece que seja necessário diariamente, nem o supervisor teria tempo para fazer isso.* ***E16CH****; (…) também não é preciso uma coisa constante, também não deve ser uma observação constante.* ***E8RP****; (…) em termos diários acho que não é possível. A menos que se estivesse a filmar em tempo real, ou se estivesse ali permanentemente uma pessoa! (…) Mas, sistematicamente, todos os dias, a observar e a acompanhar os cuidados dos enfermeiros, e a reforçar, acho que não dá!* ***E7RP***

Efetivamente, o discurso dos participantes deixou patente que atribuíram importância à observação sistemática das suas práticas. No entanto, consideraram que a operacionalização desta estratégia é dificíl. Neste sentido, apontaram a necessidade de, no programa de SCE a implementar, haver um planeamento em termos da utilização desta

estratégia, que não deve ser diária, apontando para que seja semanal a mensal.

Entenderam, ainda, que a observação a realizar deve centrar-se na identificação das necessidades do supervisado, e que deve ser uma bservação participante. Ou seja, não deve ter a finalidade de "policiar", de "avaliar", mas de ajudar e fornecer orientações para a prática.

Estas opiniões vieram corroborar a importância da observação das práticas clínicas e permitiram perceber, até que ponto, os profissionais sentiam a necessidade desta estratégia, a sua disponibilidade para a implementação da mesma, apesar de ser uma estratégia frequentemente associada, quer neste estudo, ou noutra evidência disponível, a um carácter de policiamento. Estes resultados também confirmam as dificuldades inerentes à implementação desta estratégia, pelo que, os participantes, argumentaram da necessidade de planear a periodicidade da utilização da mesma, o que também se verificou nos estudos de Pires (2004), Carvalho (2012), Cruz (2012) e Tavares (2013).

Efetivamente, o processo de observação permite a combinação e estruturação de um conjunto de dados subjetivos da realidade, tendo como objetivo a análise/avaliação da situação, com vista à intervenção supervisiva (Dias & Morais, 2004).

Segundo Damas e De Ketele (1985, cit. por Dias & Morais, 2004), a função da observação contribui para a criação/utilização de um instrumento de observação, podendo assumir-se como:

- descritiva (que descreve os fenómenos, comportamentos ou situações);
- formativa (resultante da retroação da observação);
- avaliativa (reside no contributo para a tomada de decisão para a ação);
- heurística (decorre da provável emergência de hipóteses pertinentes);
- de verificação (permite verificar uma hipótese no campo da prática).

No que respeita à forma de observação, esta decorre da interpretação do processo observacional, tendo por base critérios determinados – o observador, o processo, o objeto observado, a situação de observação, o grau de liberdade e de inferência, o momento ou tipo de anotação (Dias & Morais, 2004).

Adaptando-se as bases conceituais do construtivismo social à supervisão, o supervisor deve realizar observação das práticas clínicas, baseada em conteúdos e experiências reais e familiares para os supervisados, cuja sua natureza formativa, resultante da retroação da observação, facilita as conexões com as suas estruturas de conhecimento. O "novo material", apresentado no contexto da realidade das práticas em que se cruzam outras áreas do conhecimento, enfatizam a formação e o desenvolvimento profissional,

proporcionando um tipo de formação contextualizada, ao invés de forma abstrata e fora de contexto; este "material" não deve ser apresentado/devolvido de forma que exija ao supervisado alterar os seus modelos cognitivos de forma abrupta e drástica (Gray & Smith, 2009).

Os supervisores requerem treino em métodos de observação direta, e os gestores/administradores precisam fornecer os recursos para a implementação deste tipo de observação (Center for Substance Abuse Treatment, 2009).

5.5.4. ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

«Análise da documentação dos cuidados de enfermagem» consiste numa estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisado sobre a conceção de cuidados (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

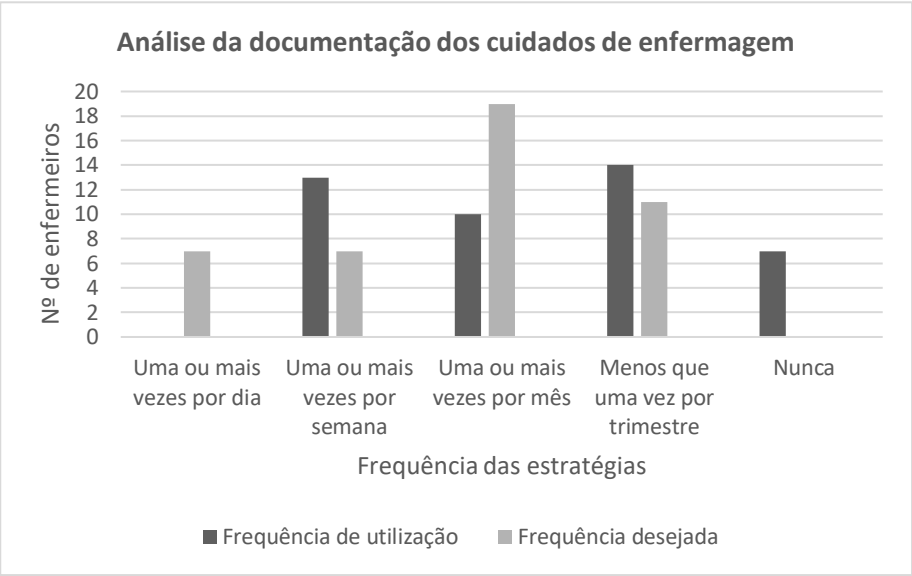
O processo de cuidados consiste num instrumento que deve apresentar uma estrutura sólida, na medida em que representa um documento com valor legal, do qual constam, entre outros, a documentação dos cuidados de enfermagem, com informação sobre a situação do cliente, diagnósticos e intervenções de enfermagem e resultados obtidos.

A documentação da informação acerca dos cuidados é o principal meio de comunicação entre os membros da equipa, sendo também importante para a avaliação da assistência, constituindo uma forma de legitimar o trabalho de quem o executou.

Os sistemas de documentação mais recentes já possibilitam a organização e acesso à informação, de tal forma que permitem obter dados sobre os ganhos em saúde, fornecendo, também, dados úteis à gestão da assistência e avaliação da sua qualidade, que ajudam na tomada de decisão em saúde, à investigação, e ao ensino/formação.

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada nos serviços e à frequência desejada que lhe foi conferida pelos participantes, apresentamos, no gráfico 4, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 4 - Análise da documentação dos cuidados: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

Relativamente à frequência de implementação, a «análise de documentação dos cuidados de enfermagem» foi a 14ª estratégia do *ranking*. Não houve nenhum participante que considerasse que era implementada uma ou mais vezes por dia.

Isto pode dever-se ao facto de que, nos contextos onde desenvolvemos a investigação, são os enfermeiros chefes e o enfermeiro com a categoria de supervisor que têm o acesso pleno aos sistemas de documentação de cuidados, para efeitos de supervisão. Logo, ou não sentiam a necessidade de fazer diariamente este tipo de supervisão, ou as atividades de gestão são tantas, e tão envolventes, que não o permitem. Assim, 29,5% (n=13) consideraram que esta estratégia era implementada uma ou mais vezes por semana; 22,7% (n=10) uma ou mais vezes por mês; 31,8% (n=14) menos do que uma vez por trimestre; e, salientamos o facto de, 15,9% (n=7), referirem que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados mostram uma diferença significativa relativamente aos de Rocha (2013), no que respeita aos CSP e serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar, conjuntamente), em que esta estratégia era a sétima mais frequentemente implementada, distanciando-se ainda mais do contexto hospitalar, onde era a sexta mais frequentemente implantada, percebendo-se que, no referido estudo, esta estratégia era menos implementadas em CSP do que em contexto hospitalar.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surge na 10ª posição no *ranking*, em que 15,9% (n=7) dos inquiridos desejavam que fosse implementada uma ou mais vezes por dia; 15,9% (n=7) uma ou mais vezes por semana; 43,2% (n=19) uma ou mais vezes por mês; 25,0% (n=11) menos que uma vez por trimestre; e nenhum enfermeiro referiu desejar que esta estratégia nunca fosse implementada.

Neste caso, os resultados aproximam-se mais dos de Rocha (2013), já que esta estratégia é a sétima mais desejada nos CSP e nos serviços de saúde em geral, sendo a sexta mais desejada em contexto hospitalar.

Relevância

Quanto à relevância desta estratégia, apresentamos na tabela 11, alguns resultados objeto de análise.

Tabela 11 - Análise da documentação dos cuidados: relevância

Análise da documentação dos cuidados	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	Nada relevante %	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**2,3**	**25,0**	**34,1**	**38,6**

No que respeita à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia foi considerada a quarta mais relevante: 38,6% (n=17) dos inquiridos consideraram-na totalmente relevante; 34,1% (n=15) muito relevante; 25,0% (n=11) relevante; 2,3% (n=1) pouco relevante; e não houve nenhum enfermeiro que a considerasse nada relevante.

Estes resultados são significativos, pois os enfermeiros consideraram a estratégia «análise da documentação dos cuidados» entre as quatro mais relevantes. Porém, na realidade, não a consideraram uma das mais desejadas, estando abaixo do meio da respetiva tabela (10ª). Mais uma vez, estes resultados apontam para que os enfermeiros dos CSP desejavam mais as estratégias de natureza presencial.

Estes resultados são significativamente diferentes dos de Pires et al. (2016), em que esta estratégia foi considerada menos relevante do que na presente investigação, surgindo em 10º no *ranking*, em que 30,8% a consideraram totalmente relevante, 46,9% muito relevante, 21,6% relevante, 0,4% pouco relevante, e 0,4% consideraram-na nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi considerada pelos enfermeiros a quarta mais relevante, a 10ª mais desejada e a 14ª mais frequentemente utilizada.

Da análise dos dados de natureza qualitativa emergiu a categoria «**análise da documentação dos cuidados de enfermagem**», uma das estratégias de SCE implementadas nos serviços, e que os enfermeiros desejaram continuar a ver implantada, tendo-se identificado três subcategorias que lhe estão inerentes: «facilita a supervisão»; "«facilita identificação de necessidades de formação»; «facilita o planeamento de estratégias de supervisão».

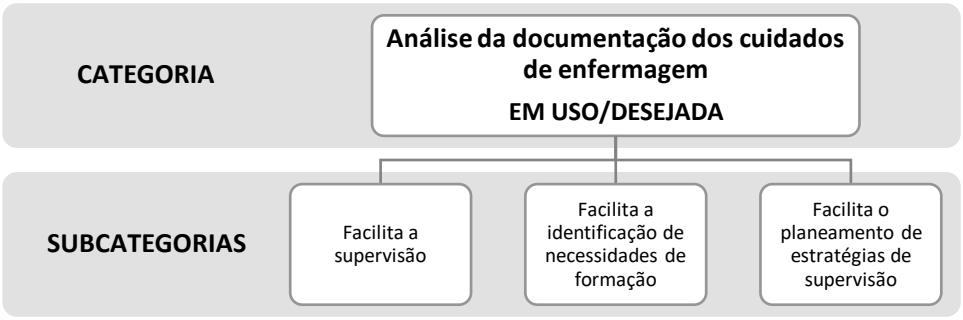


Figura 35 - "Análise da documentação dos cuidados de enfermagem" em uso/desejada: subcategorias

A análise de documentação dos cuidados era uma estratégia de SCE utilizada nos serviços, com recurso ao sistema de informação onde era efetuada a documentação dos cuidados em suporte eletrónico, no programa denominado Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE], com utilização de linguagem classificada, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

I. Facilita a supervisão

Em uso

*O SAPE também permite fazer supervisão dos cuidados. **E1CH**; Como um registo não pode ser alterado, não há poder de argumentação em contrário, o que me facilita a minha supervisão. (…) a análise dos registos é uma estratégia muito importante para a supervisão que eu faço. Através da análise dos registos consigo ver da qualidade dos cuidados que são prestados e os registos também nos dão informação sobre conhecimentos e necessidades de formação dos enfermeiros (…) Mas, a visibilidade de que os cuidados não estão a ser bem executados, vejo nos registos do SAPE. **E15CH**; Eu acho que sim! Acho que todos os trabalhos que fazemos são supervisionados! Claro que não escrevemos, não registamos absolutamente tudo, nos vários programas que temos para o registo dos nossos cuidados! Mas, pelos registos, dá para fazer alguma supervisão. Ver se fizemos segundo as normas e protocolos... **E8CH**; O SAPE proporciona fazer alguma supervisão. (…) relativamente aos cuidados realizados, (…) é um instrumento importante. Mas contém*

*limitações! exatamente! **E4CH**; De qualquer forma, uso o SAPE para ver os registos, os planos dos doentes, ver que diagnósticos e intervenções estão planeados, avaliar, e falar com os colegas se for preciso… Isso ajuda na supervisão! **E18VP**; Existem depois processos de supervisão relativos às Extensões, a nível dos registos clínicos… e dessa parte também é permitido ao Enfermeiro Chefe ver, mesmo daqui da Sede. A nível das extensões isso é possível, fazer supervisão, fundamentalmente a nível dos registos clínicos, (…) Ajuda! O SAPE ajuda a supervisão! **E7RP***

Desejado

*Se se implementar SC, esse modelo deve envolver o SAPE como um instrumento para o supervisor fazer supervisão dos cuidados. **E1CH**; Eu acho que sim, o SAPE pode ser um instrumento importante para fazer uma boa gestão do desenvolvimento do conhecimento. (…) com o SAPE a gente tem o registo, tem o acesso fácil, chegamos lá e tem tudo direitinho. Se a chefe quiser tem acesso aos cuidados que prestámos, às nossas atividades de enfermagem. Vê o que fizemos e como fizemos. Se achar que não está bem, pode vir falar connosco, discutir e dar sugestões. (…) neste caso, o Chefe tem acesso a determinadas coisas, como gestora pode chegar ali e ver o que a gente fez e não fez, e se está bem, se não está bem, e discutir connosco sobre esses aspetos. (…) ver a qualidade do nosso trabalho, ver se temos ou não conhecimentos, ou se precisamos estudar algum aspeto, ou fazer formação. Isto também cria oportunidades para refletirmos com a Chefe e, até com colegas, sobre os nossos cuidados. Pode ser uma via para fazer algum tipo de supervisão. **E2CH**; O SAPE pode ser importante na supervisão; (…) temos as intervenções que já estão definidas e assim é mais facilmente conseguirmos orientar. Depois temos os critérios que não estavam lá, mas tentámos colocá-los, porque nos orienta um bocadinho. Depois de se conhecer o aplicativo acho que é uma grande ajuda na supervisão. (…) O SAPE pode contribuir para o desempenho do papel do supervisor, porque se vamos avaliando por lá a conceção de cuidados, o supervisor também vai ter uma noção daquilo que o enfermeiro está a fazer, porque está lá tudo registado. O SAPE dá para os dois terem uma noção (…) ajuda o supervisado sobre o que faz e o que deve fazer. (…) ajuda o supervisor a ver se o que o supervisado faz é aquilo que se estava à espera ou não. **E4VP**; A consulta dos registos permite perceber se há qualidade na prestação dos cuidados, e cabe ao supervisor fazer isto. **E7RP***

No estudo de Cruz (2012), desenvolvido em contexto hospitalar, a monitorização/observação dos registos/documentação de enfermagem também foi mencionada pelos participantes como uma estratégia de supervisão, que alguns referiram como indireta.

Também Carvalho (2012), cuja investigação foi desenvolvida em contexto de um serviço de neurocríticos, identificou na observação dos registos de enfermagem/análise de documentação dos cuidados de enfermagem, uma estratégia de supervisão a ter em conta, na medida em que permite ao supervisor identificar áreas que necessitam de mudança e as áreas de cuidados que estão mais ou menos "seguras". A investigadora refere, ainda, que esta estratégia permite ao supervisor ter a perceção da forma como os enfermeiros planeiam e implementam os cuidados que concetualizam.

No estudo de Tavares (2013), a análise da documentação dos cuidados de enfermagem também foi referida como uma estratégia importante nas práticas supervisivas em uso no contexto de um serviço de pediatria. No referido estudo, os enfermeiros também consideraram que esta estratégia devia integrar o modelo de SCE a implementar no respetivo serviço de pediatria, referindo que o supervisor devia efetuar a análise da

documentação a nível de sistemas de informação em uso [SAPE], analisando os cuidados que os enfermeiros planeavam e implementavam.

I. Facilita Identificação de necessidades de formação

(…) na observação de registos o supervisor percebe o que se passa com o supervisado. Porque, muitas vezes, quando eu vejo que os registos não estão muito bem, e quando eu chamo à atenção, é que eles me denunciam as necessidades (…) os registos também nos dão informação sobre conhecimentos e necessidades de formação dos enfermeiros. ***E15CH****; (…) no SAPE há lá uma coisa que é para nós colocarmos dúvidas, formação que o enfermeiro queira que seja realizada, (…) Eu, por acaso, já lá meti algumas sugestões de formação (…).* ***E1RP****; Também, relativamente à formação, o SAPE permite podermos fazer os pedidos de formação que achamos que são necessários.* ***E1VP****; (…) a Chefe tem lá a partilha no computador, no SAPE, que muitas vezes põe para a gente ver se quer ir a esta formação! (…) Podemos partilhar coisas sobre o que quisermos e também a partilha das formações. (…) é um meio de toda a gente ter acesso às formações e outras coisas que a Chefe lá coloca. (…) E a gente tem conhecimento! Todos têm conhecimento, mesmo se não estivermos com a Chefe! (…) Está ali tudo! E é para todos! Não é só para um! A informação está disponível para todos! Não é passar de boca a boca e poder escapar alguém! Não! Está disponível para todos!* ***E2CH****; Por exemplo, quando eu estou a ver ali quais os focos, os diagnósticos de enfermagem efetuados, permite-me ver e identificar, às vezes, quais são as dificuldades dos enfermeiros em efetuar diagnósticos que não são aqueles habituais. (…) isso também me serve de pretexto para falar. Acaba por acontecer, com muita frequência, (…) os registos permitem-me ver que há diagnósticos de enfermagem que não estão bem na cabeça dos enfermeiros (…)* ***E7RP***

II. Facilita o planeamento de estratégias de supervisão

E, então, o registo também me está a dar outra indicação,… na próxima visita faço com que aquele enfermeiro planeie e faça determinada intervenção. ***E7RP***

Também Abdon et al. (2009), considerou a análise de documentação dos cuidados de enfermagem uma estratégia que permite ao supervisor aceder a dados essenciais para a análise e reflexão com o supervisado, sobre a conceção, execução e avaliação dos cuidados.

Neste sentido, percebe-se da importância da análise da documentação dos processos de cuidados dos clientes, enquanto estratégia de avaliação da qualidade da assistência em enfermagem (Abdon, et al., 2009), devendo este processo, de avaliação sistemática e formal da uma atividade, ser feito por pessoas não envolvidas diretamente na sua execução, com objetivo de analisar se tal atividade está de acordo com o proposto (Kurcgant, 2005).

Sendo a SCE uma ferramenta útil à gestão, à investigação e à formação profissional, compreende-se da relevância do supervisor analisar a documentação dos cuidados de enfermagem prestados pelo supervisado, no sentido em que isto lhe permite perceber da conceção e dos pontos positivos e negativos dos cuidados prestados, identificar

dificuldades, necessidades de formação e planear as estratégias de supervisão que considere pertinente implementar, face à situação. Neste sentido, esta estratégia constitui-se como um instrumento educativo/formativo e norteador de mudanças (Rodrigues, Perroca, & Jerico, 2004).

Sendo a enfermagem um "lugar" onde a informação constitui *"um elemento central na tomada de decisão clínica e um requisito fundamental para a gestão dos cuidados de saúde"* (Marin, Rodrigues, Delaney, & Nielsen, 2001, p. 1), percebe-se que esta estratégia constitua uma via insubstituível para desenvolvimento da capacidade de reflexão e pensamento crítico dos enfermeiros, na medida em que, todo este processo, envolve um julgamento intencional, autorregulável, resultante da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações conceptuais, metodológicas, contextuais ou de critérios em função dos quais o julgamento foi baseado (Facione, 2000). Isto é fundamental ao processo de cuidados de enfermagem e à qualidade do exercício profissional (Silva, 2001; Cossa & Almeida, 2012).

Face aos "tempos em transição" que temos vividos nas últimas décadas, relativamente às mudanças paradigmáticas inerentes às (re)definições sociais a que temos vindo a assistir, como refere Pereira (2009), "*É um lugar comum dizer-se que evoluímos de sociedades que tinham como elementos estruturais o trabalho, a terra e até mesmo o capital, para sociedades em que o "novo capital" é a informação. Vivemos na(s) «sociedade(s) da informação»*" (p. 50), uma sociedade à qual a enfermagem não pode, e não tem vindo a ficar indiferente, na medida em que, como todos já percebemos, atualmente, o sucesso das organizações está em grande medida dependente dos conteúdos informativos de que dispõem (Zorrinho, 1999), sendo incontornável a adoção de estratégias que os assegurem.

Neste sentido, salientamos a importância da colocação das "novas" tecnologias ao serviço dos sistemas de informação em saúde, principalmente no que à documentação de enfermagem diz respeito, e ao contributo que estas trouxeram para a organização da informação, que se tem vindo a constituir um fator determinante na resolução de dificuldades e problemas relacionados com a documentação, que antes eram difíceis de ser solucionados com rapidez e eficiência, principalmente no que respeita ao acesso à mesma, ao assegurar da continuidade de cuidados ao cliente e à visibilidade dos cuidados de enfermagem (Cossa & Almeida, 2012).

A documentação em suporte eletrónico, contribuiu para mudanças na forma como os enfermeiros documentam e prestam os cuidados (Rezende & Gaizinski, 2008), mas, principalmente, para a facilidade no acesso à informação, o que na realidade portuguesa é um facto generalizado nos serviços de saúde públicos, pelo que, a implementação desta

estratégia, está ainda facilitada pela circunstância de grande parte das unidades de saúde terem implementados sistemas de documentação dos cuidados de enfermagem suportados em linguagem classificada (CIPE®), o que trouxe significativos benefícios para o desenvolvimento da disciplina, facilitando também os processos de SCE.

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 9.

Quadro 9 - Indicadores da estratégia «Análise da documentação dos cuidados de enfermagem»

O supervisor analisa a consistência e rigor da documentação dos cuidados
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades de formação
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar, na documentação, os dados necessários à viabilização de indicadores de qualidade dos cuidados
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a adequação dos padrões de documentação dos cuidados em uso

5.5.5. AUTO SUPERVISÃO

A "auto supervisão" consiste numa estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e autorreflexão, que permite ao supervisado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Conotada, ao longo dos tempos, com inspeção e controlo, a partir dos anos 90 do séc. XX, a supervisão passou a designar uma atividade que tem por desiderato a formação e desenvolvimento. A original compreensão do fenómeno que pretendia uma relação de poder, contrária aos valores de respeito pela pessoa humana e pelas suas capacidades auto formativas, deu lugar à compreensão atual que se foca em ajudar a desenvolver capacidades de auto supervisão (Soares, 2009).

Esta estratégia cruza-se com a componente intrapessoal reflexão, a autorreflexão, enquanto forma de construção pessoal na qual o indivíduo se envolve num questionamento intrapessoal de problematização das suas práticas, percebendo o que pode concorrer para a reformulação das mesmas (Larrosa, 2000).

Esta é considerada uma capacidade metacognitiva importante na consciencialização sobre os processos subjacentes à atividade profissional, assim como no desenvolvimento de mudanças autorreguladas, pelo que os profissionais devem procurar desenvolver a sua

capacidade de refletir criticamente sobre as suas práticas e sobre a evidência científica que as sustentam (Grilo & Grilo, 2011).

A atividade profissional dos enfermeiros deve ser toda ela envolvida de formas de atuação que exigem ser permanentemente autoanalisadas e autoavaliadas, requerendo reflexões que possibilitem, além de pensar *sobre*, atuar *sobre* elas, (re)definir, (re)formar e (trans)formar.

É à luz destes pressupostos que, da análise dos dados de natureza qualitativa, emergiu a categoria «**auto supervisão**» como uma das estratégias de SCE utilizada nos serviços.

> *A minha supervisão é mais a reflexão que faço sobre aquilo que faço e a avaliação que eu faço do dia-a-dia, da avaliação que eu faço nos próprios utentes e da evolução que eles vão tendo, a satisfação que vão mostrando, da adesão, daquilo que discutimos e incentivamos a fazer! A avaliação que eu faço da minha prática é essa.* ***E9CH****; Eu também assumo os erros que por acaso cometa. Às vezes não é bem erros, é só dificuldades no saber! Mas eu não tenho problemas, se reflito e vejo que não sei, peço ajuda! Porque há coisas que vão sempre evoluindo, e podemos estar a fazer e ser, realmente, de outra forma.* ***E1VP***

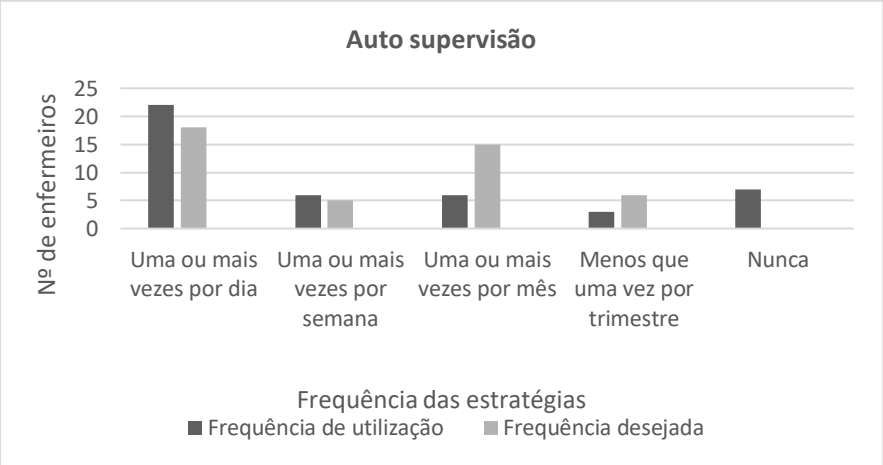
O discurso dos participantes vai de encontro ao pressuposto de que a auto supervisão presume que o supervisado seja capaz de identificar e analisar as suas dificuldades, os seus erros e zonas de não saber, analisando de forma sistemática a sua prática, utilizar técnicas de autorreflexão e autoavaliação, orientar e planear a sua própria formação, aprender com a experiência, equacionar problemas e questionar as situações com que se confronta (Carvalho, Ventura, & Barroso, 2004).

Também no estudo de Cruz (2012) os enfermeiros salientaram a importância de serem detentores da capacidade de se auto supervisionarem, de se questionarem e analisarem as próprias práticas, no sentido de as compreenderem e reformularem.

É a através desta introspeção metacognitiva, questionamento, autoanálise e autorreflexão, que a auto supervisão permite aos enfermeiros a reflexão sobre as suas práticas e cuidados que prestam, bem como a aprendizagem com as suas experiências (White & Winstanley, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007), permitindo ao supervisado sentir-se mais confiante e seguro na sua atividade profissional e aumentar a sua autoestima, o que se repercute na prestação cuidados ao cliente (White et al., 1998).

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada nos serviços, e a frequência desejada pelos participantes, apresentamos, no gráfico 5, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 5 - Auto supervisão: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

«Auto supervisão» foi a estratégia considerada mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 50,0% (n=22) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por semana; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por mês; 6,8% (n=3) menos do que uma vez por trimestre; e, salientamos o facto de 15,9% (n=7) referirem que esta estratégia nunca era utilizada, o que talvez signifique que os enfermeiros poderiam, ainda, não compreender toda a dimensão intrapessoal que esta estratégia encerra.

Estes resultados mostram uma diferença significativa relativamente aos de Rocha (2013), no que respeita aos CSP, em que esta estratégia foi a oitava mais frequentemente implementada em CSP. Contudo, os resultados aproximam-se relativamente à sua implementação nos contextos hospitalar e serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar), onde era a quarta mais frequentemente implantada.

Salienta-se, ainda, o facto de Rocha (2013) ter verificado que em CSP esta estratégia era menos implementada do que em contexto hospitalar.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização surge também na 1ª posição, em que 40,9% (n=18) dos inquiridos desejavamm ter demonstração de procedimentos de enfermagem uma ou mais vezes por dia; 11,4% (n=5) uma ou mais vezes por semana; 34,1% (n=15) uma ou mais vezes por mês; 13,6% (n=6) mais do que uma vez por trimestre; e não houve nenhum enfermeiro que referisse nunca desejar efetuar auto supervisão.

Estes resultados são próximos dos de Rocha (2013), já que esta estratégia surge como a 4ª mais frequentemente desejada nos CSP, no contexto hospitalar e nos serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar). Sublinha-se que no referido estudo esta estratégia surge em 8º lugar relativamente à frequência de implementação, nos CSP, passando para 4º no que respeita ao desejo de implementação

Relevância

Na tabela 12, apresentamos alguns resultados objeto de análise acerca da relevância atribuída a esta estratégia.

Tabela 12 - Auto supervisão: relevância

Auto supervisão	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	Nada relevante %	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**2,3**	**29,5**	**29,5**	**38,6**

A «auto supervisão» é considerada a quinta estratégia mais relevante, em que 38,6% (n=17) consideraram-na totalmente relevante, 29,5% (n=13) muito relevante, 29,5% (n=13) relevante, 2,3% (n=1) pouco relevante, e não houve nenhum enfermeiro que considerasse a «auto supervisão» nada relevante.

Estes resultados são significativamente diferentes dos de Pires et al. (2016), em que esta estratégia surgiu, no *ranking* das 16, a meio da tabela, sendo considerada pelos inquiridos a oitava mais relevante, 41,8% consideraram-na totalmente relevante, 39,2% muito relevante, 17,6% relevante, 1,1% pouco relevante, e 0,4% consideraram-na nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi considerada pelos participantes a quinta mais relevante, a mais frequentemente utilizada e a mais desejada. Isto revela que apesar de ser a mais utilizada e desejada, não é para os enfermeiros a mais relevante.

Consideramos que a opinião dos enfermeiros pode ter por base o facto desta estratégia exigir grande envolvimento individual na reflexão, análise e avaliação das práticas, para depois se desenvolverem na interação com o outro, sugerindo-nos um agir intencional, e, como refere Bastos (2012), "*mediado pela perceção de que existe um controlo pessoal que pode influenciar a ocorrência de acontecimentos positivos, diminuir a probabilidade*

de ocorrerem eventos negativos ou minimizar os efeitos destes", sugestivo de um "*locus* de controlo interno" prevalente entre estes profissionais.

Esta procura da compreensão e interpretação de fatores motivacionais, no domínio das perceções de controlo, foca-se nas crenças sobre o *locus* (ou lugar) desse controlo[28], a crença sobre quem detém esse controlo: o próprio (*locus* de controlo interno) ou outros fatores (*locus* de controlo externo) (Bastos, 2012).

Neste sentido, a auto supervisão, ao fomentar a introspeção metacognitiva, a autoanálise e a autorreflexão, mobiliza recursos internos do indivíduo, o que exige que ele acredite que o "lugar" do seu controlo está dentro de si, e não noutro qualquer lugar controlado por outrem. Isto requer, também, por parte do indivíduo, o que Freema Elbaz (1988, cit. por Sá-Chaves, 2000) denomina de "conhecimento de si próprio", ou seja, capacidade de conhecer e controlar conscientemente múltiplas variáveis inerentes ao ato, nele, se incluindo como uma das variáveis mais determinantes (dimensão metacognitiva).

Neste sentido, estando o enfermeiro inserido numa ecologia em que a sua formação se faz ao longo da vida, é normal que a figura do supervisor se vá desvanecendo à medida que a supervisão passa a auto supervisão, tornando-se o profissional cada vez mais capaz de realizar uma "*avaliação construtiva que (…) estabelece um conjunto de actividades e acções que visam atribuir um juízo de valor ou determinar o nível atingido na consecução de um objectivo*" (Fonseca, 2006, p. 30).

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 10.

[28] *Locus* de controlo – *Locus* de controlo externo, quando o controlo é percecionado para além do comportamento da pessoa, fora de si, interpretado como sendo atribuído ao acaso, à sorte, ao destino, a outros poderosos; *Locus* de controlo interno, quando a pessoa perceciona esse controlo nas suas próprias características e potenciais -Teoria de Aprendizagem Social de Rotter

Quadro 10 - Indicadores da estratégia «Auto supervisão»

O supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autoavaliação
O supervisor treina com o supervisionado a utilização de técnicas de autoavaliação
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autorreflexão

5.5.6. DEMONSTRAÇÃO

Demonstração é o processo através do qual o supervisor clínico, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisado, como executar ou abordar uma determinada situação (Carvalhal, 2003; Pinto, 2013; Rocha, 2013), cuja utilidade é incontornável em situações que requeiram o treino de habilidades instrumentais e procedimentos (Gomes & Germano, 2007).

O recurso a esta estratégia é particularmente importante quando um procedimento é realizado pela primeira vez, cabendo ao supervisor a tarefa de executar a atividade ou procedimento, acompanhando-a dos comentários e reflexões que se constituam uma mais-valia para instigar a reflexão do supervisado sobre o demonstrado (Rua, 2011).

Sob o ponto de vista da análise dos dados de natureza qualitativa, «**demonstração**» emergiu como uma categoria que remete para uma das estratégias de SCE utilizada nos serviços, e que os enfermeiros desejavam que fosse integrada no programa de SCE a implementar.

> *Há colegas aqui que não têm tanta prática e, às vezes, pergunto se querem que faça para verem, se precisam de ajuda? **E3VP**; A Supervisão é importante, pois, se se estiver a fazer mal e não se souber que se está a fazer mal, se ninguém nos mostrar - "olha acho que devias fazer assim que dá melhores resultados…" -, então, vamos sempre cometer o mesmo erro, e vai ficar cada vez pior! **E5CH***

Esta emergiu também como estratégia em uso no estudo de Tavares (2013), que considerou que, através desta, o supervisor ensina e explica como se faz determinada técnica, exemplificando, envolvendo, mais ou menos, o supervisado nesta ação, de acordo com o seu grau de desenvolvimento.

No estudo de Rocha (2014) a demostração emergiu como uma estratégia facilitadora na medida em que permite "*trazer ao presente o presente das coisas passadas*", na medida

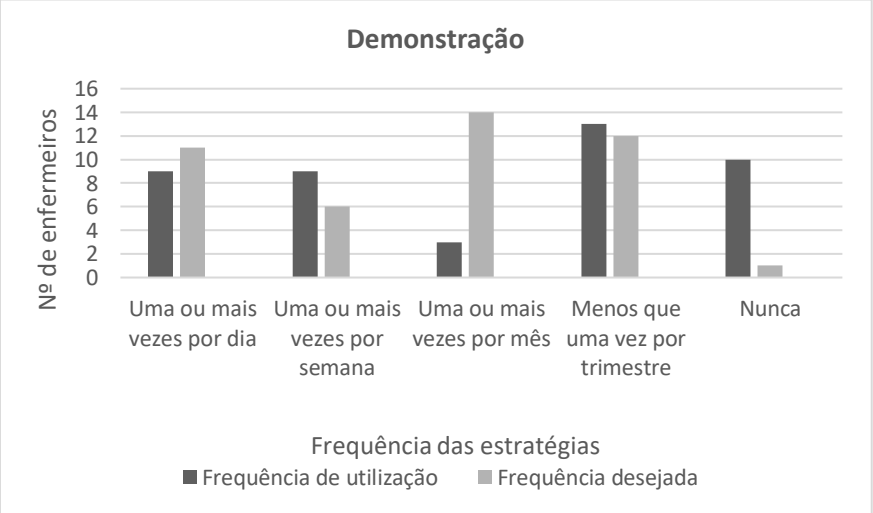
em que é referido que a *"(…) demonstração de alguma coisa, que nós se calhar já não nos recordamos, isso facilita muito (…)"* (p. 99), o que vai de encontro à perspetiva de Carvalho (2012), que considera que, nestes casos, e sempre que necessário, pode-se recorrer à demonstração como forma de ajudar a desenvolver as práticas, as competências e os conhecimentos, pois, como refere Rothgeb (2008), espera-se da intervenção do supervisor a identificação e correção dos erros, demonstrando e explicando os aspetos que requerem aperfeiçoamento por parte do supervisado.

Neste âmbito, Simões (2004) argumentou sobre a importância do supervisor demonstrar ao supervisado que, através de intervenções diferentes, é possível atingir um mesmo desiderato.

À luz do pensamento de Schön (1997), o papel do supervisor clínico não consiste propriamente em ensinar, mas em facilitar a aprendizagem, numa atividade que articula o dizer com o escutar, a demonstração com a imitação, tendo sempre subjacente uma atitude de questionamento como via para a decisão.

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada nos serviços e a frequência desejada pelos participantes, apresentamos, no gráfico 6, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 6 - Demonstração: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

«Demonstração» era a quarta estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 20,5% (n=9) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 20,5% (n=9) uma ou mais vezes por semana; 6,8% (n=3) uma ou mais vezes por mês; 29,5% (n=13)

menos do que uma vez por trimestre; e 22,7% (n=10) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados mostraram alguma proximidade relativamente aos de Rocha (2013), em que esta estratégia era a segunda mais frequentemente implementada em CSP, no contexto hospitalar e nos serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar), ou seja, era mais frequentemente implementada, comparativamente ao nosso estudo.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu também na quarta posição, em que 25,0% (n=11) dos inquiridos desejaram ter demonstração de procedimentos de enfermagem uma ou mais vezes por dia; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por semana; 31,8% (n=14) uma ou mais vezes por mês; 27,3% (n=12) menos do que uma vez por trimestre; 2,3% (n=1) referiram nunca querer que lhe seja efetuada a demonstração de procedimentos.

Estes resultados continuaram a ser muito idênticos aos de Rocha (2013), onde esta estratégia foi a segunda mais frequentemente desejada nos CSP, no contexto hospitalar e nos serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar).

Relevância

Na tabela 13, apresentamos alguns resultados objeto de análise acerca da relevância atribuída à «demonstração».

Tabela 13 - Demonstração: relevância

Demonstração	**1** Nada Relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**0,0**	**20,5**	**47,7**	**31,8**

No que respeita à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia foi considerada a sexta mais relevante, em que 31,8% (n=14) consideraram-na totalmente relevante, 47,7% (n=21) muito relevante, 20,5% (n=9) relevante; não houve enfermeiros que considerassem a demonstração pouco relevante ou nada relevante.

Estes resultados são próximos aos de Pires et al. (2016), onde esta estratégia também foi considerada a sexta mais relevante, em que 41,8% consideraram-na totalmente relevante,

39,2% muito relevante, 17,6% relevante, 1,1% pouco relevante e 0,4% consideraram-na nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi considerada a sexta mais relevante, a quarta mais frequentemente utilizada e a quarta mais desejada, verificando-se congruência nestes resultados.

A demonstração é uma estratégia fulcral para o desenvolvimento da prática e dos saberes na ação (Carvalhal, 2003), na medida em que constitui um processo estratégico bastante rico, cujo caráter *in loco* proporciona ao supervisado aprender observando e colaborando na exemplificação do seu supervisor (Simões, 2004).

Face à matriz da epistemologia da prática preconizada por Schön (1987), formação dos profissionais deve incluir uma forte componente reflexiva a partir de situações práticas reais, que implica que o supervisado se desenvolva sob a orientação de um supervisor que, simultaneamente treinador, companheiro e conselheiro (*coach*), lhe facilita a construção ativa do conhecimento na ação, segundo uma metodologia de aprender a fazer fazendo (*learning by doing*) (ibidem, 1987). A demonstração pode ter lugar, quando devidamente acompanhada de reflexão, surgindo sempre que o supervisor identifique necessidade de ter um papel mais ativo, face à identificação da necessidade de mobilização de conhecimentos para a realização de uma determinada atividade. Nestas circunstâncias, o supervisor procede à realização da atividade, acompanhando-a dos comentários necessários, no sentido de conduzir o supervisado na reflexão sobre o sentido da ação, permitindo-lhe criar a sua própria maneira de fazer, conferindo um traço pessoal à sua prática (Rua, 2011).

Segundo Pinto (2013) são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 11.

Quadro 11 - Indicadores da estratégia «Demonstração»

O supervisor demonstra um determinado procedimento
O supervisor complementa a demonstração com explicação (promotora da compreensão)
O supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)

5.5.7. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS PRÁTICAS

A análise crítico-reflexiva das práticas consiste numa estratégia de SC que promove a reflexão sobre a prática e a reconstrução de saberes, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia no processo de tomada de decisão consciente e informado (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

«**Análise crítico-reflexiva das práticas**» emergiu da análise dos dados de natureza qualitativa como uma categoria que remete para uma das estratégias em uso e, simultaneamente, proposta, para o programa de SCE a implementar. Face a esta categoria identificaram-se dimensões e subcategorias inerentes, quer à supervisão em uso, quer à supervisão exposta.

Relativamente às dimensões inerentes a esta estratégia identificaram-se: a «***dimensão intrapessoal***», a autorreflexão; e a «***dimensão interpessoal***», a reflexão interpessoal.

Relativamente à categoria «análise crítico-reflexiva das práticas» em uso, no que se reporta à «***dimensão intrapessoal***», identificaram-se as subcategorias: «pouca autorreflexão» e «ausência de estratégias formais de desenvolvimento do pensamento crítico».

Ainda no que respeita à supervisão em uso, na «***dimensão interpessoal***», identificaram-se as subcategorias: «ocasional»; «falta de tempo para a reflexão interpessoal»; «organização do trabalho interfere com a reflexão interpessoal»; «dificuldade de reflexão interpessoal nas Extensões de Saúde»; «expõe zonas de (não) saber»; «pouca predisposição para a reflexão interpessoal»; «o enfermeiro chefe facilita a reflexão interpessoal»; «reflexão interpessoal nas reuniões de serviço»; e «reflexão entre supervisores de diferentes serviços».

Relativamente à SCE desejada, no que se reporta à «***dimensão intrapessoal***», identificaram-se as subcategorias: «desenvolvimento do pensamento crítico» e «desenvolvimento da autorreflexão».

Ainda no que se reporta à SCE desejada, na «***dimensão interpessoal***», identificaram-se as subcategorias: «continuidade da reflexão interpessoal nas reuniões de serviço»; «reflexão interpessoal sobre a evidência científica»; «continuidade da reflexão interpessoal sobre as práticas»; e «prover tempo para a reflexão interpessoal».

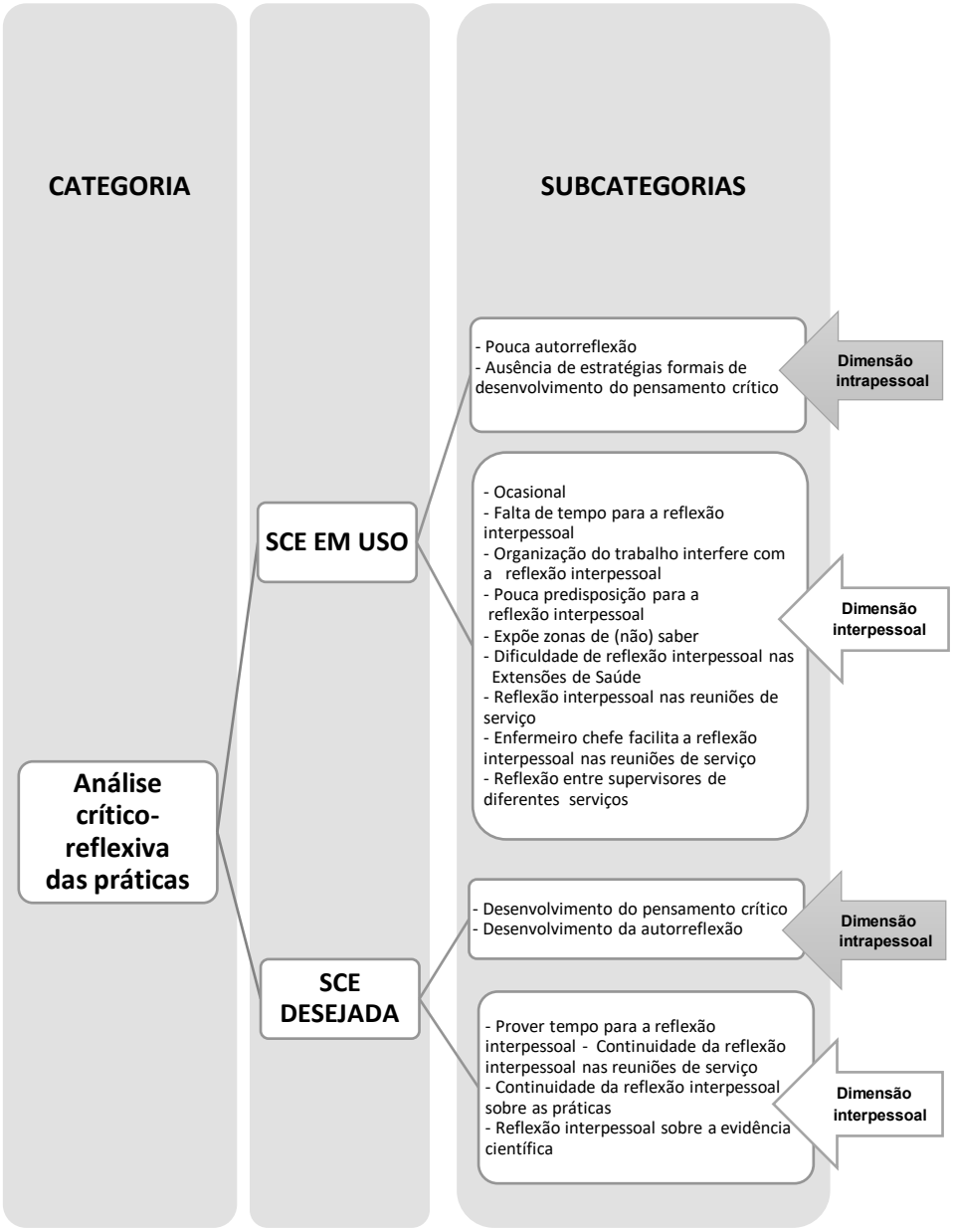


Figura 36 - Análise crítico-reflexiva das práticas em uso/desejada: dimensões e subcategorias

A reflexão auxilia na integração teórico-prática do conhecimento. No entanto, é importante ser-se apoiado/acompanhado no processo de reflexão para que esta seja eficaz, conduzindo a uma aprendizagem autêntica e desenvolvimento, especialmente nas fases mais precoces do desenvolvimento profissional. Pois, muitas vezes, nestas fases, os enfermeiros não possuem as habilidades necessárias para realizar uma reflexão crítica realmente eficaz.

A responsabilidade por este apoio reside, principalmente, no supervisor clínico, e em colegas mais experientes, na medida em que é importante ter acesso ao conhecimento e às experiências do "outro" para aprofundar o nosso próprio conhecimento e pensamento.

Daí, a necessidade de acesso a evidência científica, ao conhecimento e práticas de profissionais experientes (Hastings, 2013).

O processo reflexivo é o eixo central da SCE, que promove a mudança positiva nos enfermeiros, no seu desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-os mais conscientes da sua prática e responsabilizando-os pela qualidade e segurança de cuidados.

Relativamente às práticas de supervisão em uso, verificámos que os enfermeiros avocaram a utilização de estratégias de reflexão sobre as práticas.

Em uso

Sim, sim, temos estratégias de reflexão sobre as práticas cá no serviço! ***E11CH****; Discuto com os colegas e tiro dúvidas.* ***E3VP****; (…) mas em termos de formação, e entre os colegas, também discutimos as práticas, (…) Por exemplo, na ECCI nós fazemos as reuniões com a equipa, a assistente social, os três enfermeiros, assistentes operacionais, para refletirmos sobre os casos.* ***E4RP***

Quanto às práticas de supervisão desejadas, também verificámos que os enfermeiros consideraram que, no programa de SCE a implementar nos serviços, se deve assegurar a continuidade da utilização desta estratégia.

Desejado

O que está em causa, de facto, é o grupo. Mas noto que a metodologia deve ser baseada na reflexão sobre as práticas. Em termos de supervisão fica tudo mais bem feito, a pessoa preocupada com aquilo que fez, vai ter outra atitude e vai descobrir que em termos de eficácia, de facto, podia não estar a fazer o melhor. Pensava que estava a ser eficaz e, afinal não! Realmente, com a reflexão a pessoa vai perceber que não era bem assim! ***E15CH****; Sim, a SCE tem que envolver partilha de conhecimentos entre o supervisor e quem é supervisionado.* ***E16VP****; Os três juntos, reflexão, conhecimento e desenvolvimento do pensamento crítico, acho que era bom para uma melhor prestação de cuidados. Gostava que fosse um modelo que abrangesse aspetos de ajudar as pessoas a aumentar o conhecimento, de refletir sobre as práticas, e desenvolver o pensamento crítico.* ***E3RP****; Era muito importante haver partilha de conhecimentos, de refletirmos juntos.* ***E3VP****; Sim, sem dúvida, a reflexão é importante num processo de supervisão, claro que é um dos aspetos a ter em consideração. (…) Reflexão e formação? Obrigatórios!* ***E8VP***

Pires (2004) e Tavares (2013), também concluíram que os enfermeiros reconheciam a existência de práticas de análise crítico-reflexiva nos respetivos serviços, as quais desejavam ver formalizadas nos modelos de SCE a implementar. Consideravam que a partilha de conhecimentos, experiências, e pontos de vista entre colegas, levados a cabo por via da reflexão, traduziam-se no enriquecimento individual e coletivo, que era mobilizado em prol dos benefícios para o cliente, na medida em que também contribuem para delimitarem estratégias de atuação discutidas e refletidas em conjunto.

Garmston, Lipton e Kaiser (2002), consideraram a análise critico-reflexiva uma conduta chave para o desenvolvimento de competências através da potenciação da capacidade de reformular a experiência e gerar novas alternativas, constituindo-se como uma ferramenta

primordial na avaliação das situações da prática, no sentido de germinar novas e melhores aprendizagens através da experiência profissional individual e conjunta.

Ghaye (2000), foi mais longe, referindo que, talvez, as práticas reflexivas nos ofereçam uma maneira de tentar entender as incertezas nos nossos locais de trabalho e a coragem de trabalhar com competência e ética, à beira da ordem e do caos.

Neste sentido, compreende-se que a análise critico-reflexiva sobre as práticas seja uma estratégia capital a utilizar em qualquer contexto, quer naqueles onde a SCE está formalizada, quer naqueles em que não há qualquer formalização destes processos.

(I) Dimensão intrapessoal

A dimensão intrapessoal da análise critico-reflexiva reporta-se à reflexão individual, que consiste numa componente intrapessoal a que Schön (1987) chamou de "*silent game*" um processo reflexivo comparado a um "jogo solitário", individual, com um caráter dinâmico que gera imprevisibilidade, subjacente ao fascínio da resolução de problemas.

Relativamente a esta dimensão, analisamos, de seguida, as subcategorias que emergiram do discurso, no que se reporta à supervisão em uso e à desejada.

I. Pouca autorreflexão (em uso)

Ainda que pela exemplaridade, considerámos importante a opinião de um dos participantes, que entendeu ter-se instalado alguma "rotina" no serviço, relacionada com a escassez de reflexão intrapessoal, do questionamento e problematização das práticas.

Em uso

> *(…) aquilo que se verifica é que quase todos nós temos uma prática acomodativa. Ou seja, nós habituámo-nos à rotina, a fazer aquilo tudo no dia-a-dia, sem refletirmos muito sobre aquilo que fazemos. É assim, quem é que ao fim do dia chega a casa, ou chega ao fim de um dia, num espaço livre, que faz uma autorreflexão ou uma autocrítica sobre aquilo que foi o seu dia-a-dia de trabalho? Quem é que o faz? Ninguém! Está é à espera do horário para ir embora!* ***E9CH***

A atividade profissional dos enfermeiros toda ela envolve formas de atuação que exigem ser permanentemente questionadas, requerendo reflexões que possibilitem, além de pensar *sobre*, atuar *sobre* elas, (re)definir, (re)formar e (trans)formar.

A autorreflexão é uma forma de construção na qual a própria pessoa promove o questionamento intrapessoal, problematizando, explicitando, o que concorre para a modificação das práticas e posturas, em relação à atividade profissional (Larrosa, 2000).

Grilo e Grilo (2011), constataram que esta capacidade metacognitiva se revelou extremamente importante, no sentido de permitir que os enfermeiros tomassem consciência dos processos subjacentes à sua atividade profissional, assim como no desenvolvimento de mudanças autorreguladas, com vista a melhorar as suas práticas. Neste sentido, consideraram que os enfermeiros devem procurar desenvolver a sua capacidade de refletir criticamente sobre as suas práticas e sobre a evidência científica que as sustentam.

Na teorização de Schön (1983, cit. por Tavares, 2013), este debruçou-se sobre a prática reflexiva, salientando a importância da prática na evolução do conhecimento profissional, descrevendo a forma como o profissional edifica cognitivamente a sua estrutura ao confrontar-se com a ação.

Conforme refere Alarcão (2002, p. 17), é preciso refletir sobre a vida que "*lá se vive [contexto profissional], em uma atitude de diálogo com os problemas e as frustrações, os sucessos e os fracassos, mas também em diálogo com o pensamento, o pensamento próprio e o dos outros*"; logo, as mudanças paradigmáticas pressupõem "transformação" na forma de pensar sobre o que ocorre nos contextos, inclusivamente o pensar sobre si mesmo, num processo de autorreflexão.

II. Desenvolvimento da autorreflexão (desejado)

No que respeita à SCE exposta, de facto, e no sentido de "ir ao encontro" de "mudanças paradigmáticas", como atrás referido, os enfermeiros manifestaram desejo de que o programa de SCE a implementar, contribua para desenvolverem as suas capacidades de autorreflexão.

Desejado

Às vezes (…) se até escrevêssemos, de forma anónima, a nossa opinião sobre algumas coisas, até podia ser positivo para nos ajudar a desenvolver espírito de autocrítica. Bem como, responder a questionários que nos levem a refletir sobre a nossa atuação. (…) Um espeto muito importante da supervisão é o supervisor ajudar a desenvolver a autocrítica. É muito importante! ***E16VP***

No estudo de Carvalho (2012), os enfermeiros também fizeram referência à importância da autorreflexão no contexto da SCE, no sentido em que esta permite aos profissionais fazerem a autoanálise e autocrítica sobre o seu desenvolvimento, as suas experiências e os cuidados prestados (Lindahl & Norberg, 2002), procedendo às reformulações que considerarem adequadas.

Estes resultados estão em conformidade com a evidência cientifica que tem vindo a clarificar que a reflexão na e sobre a ação, assim como a consciencialização das causas das dificuldades da prática e dos obstáculos da evolução profissional, são elementos que estimulam a autorregulação e o controlo da mudança. Neste sentido, o desenvolvimento de estratégias metacognitivas do profissional passa pela tomada de consciência dos aspetos da prática que podem ser melhorados, seguida pela elaboração de novas propostas, novos materiais e novas atividades, e consecutiva aplicação e reflexão sobre a eficácia desta aplicação, e sobre os resultados obtidos e, inclusivamente, compará-los com outras situações (Marx et al., 1998, cit. por Grilo & Grilo, 2011).

Neste âmbito, Grilo e Grilo (2011, p. 1), também consideram que o desenvolvimento do profissional *"…é estimulado por sucessivos processos de autorregulação metacognitiva baseada na reflexão, na compreensão e no controlo…*" daquilo que o profissional pensa, sente e faz, e das mudanças que concretiza.

III. Ausência de estratégias formais de desenvolvimento do pensamento crítico

Ainda relativamente à dimensão intrapessoal, no que respeita à supervisão em uso, foi identificada esta subcategoria, sendo referido por um dos participantes a inexistência de estratégias formais de desenvolvimento do pensamento crítico.

Em uso

Não, no desenvolvimento do pensamento crítico a estratégia é mais informal. ***E16VP***

IV. Desenvolvimento do pensamento crítico

No entanto, relativamente à supervisão desejada, identificou-se esta subcategoria, sendo que, os participantes referiram-se à importância da SCE vir a contribuir para o desenvolvimento de estratégias que promovam o desenvolvimento deste tipo de aptidões.

Desejado

O que eu quero dizer é que podíamos ter estratégias para desenvolver o pensamento crítico, como: escrever, responder a questionários… ***E16VP****; Acho que sim, que fazia todo o sentido um modelo de supervisão ter previsto o desenvolvimento do pensamento crítico dos enfermeiros.* ***E17VP***

O pensamento crítico é um fator fulcral para o processo reflexivo, pois consiste no propósito de explorar as situações, os fenómenos, as questões e problemas, no sentido de chegar a hipóteses, ou conclusões, que incorporem toda a informação disponível, logo possam ser justificadas convincentemente.

Neste sentido, é indispensável que os programas de SC incluam estratégias que permitam

aos enfermeiros o desenvolvimento de competências neste domínio, até porque, o pensamento crítico é um julgamento intencional e autorregulável, resultante da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações conceptuais, metodológicas, contextuais, ou de critérios em função dos quais o julgamento foi baseado (Facione, 2000).

O pensamento crítico em enfermagem pressupõe a existência de hábitos mentais como confiança, perspetiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, perseverança e reflexão. Neste sentido, os enfermeiros, ao usar o pensamento crítico, praticam capacidades cognitivas de análise, aplicação de padrões, raciocínio lógico, predição e de transformação de conhecimentos (Lunney, 2004), essenciais na análise crítico-reflexiva das práticas, quer na sua dimensão intrapessoal, quer na interpessoal. Daí que seja de extrema importância que a SC promova estratégias que vão ao encontro do desenvolvimento de capacidades do pensamento crítico dos enfermeiros.

Salienta-se que o estudo de Tavares (2013) indica que um dos elementos-chave na promoção do pensamento crítico é o enfermeiro chefe, pois os enfermeiros entenderam que o desenvolvimento do pensamento crítico através da reflexão dependia, em grande medida, das chefias. Até porque, a estes últimos, estão inerentes atividades próprias do supervisor clínico.

(II) Dimensão interpessoal

A reflexão em díade, ou em grupo, compreende a componente interpessoal a que Schön (1987) chamou de "*interplay*", a qual implica uma atitude de humildade intelectual, no sentido de reconhecer a importância de admitir que "o outro" pode ser iluminador do nosso conhecimento.

A dimensão interpessoal da análise critico-reflexiva reporta-se à hétero-reflexão, ou seja, reflexão realizada em díade ou em grupo.

Relativamente às práticas em uso nos serviços onde decorreu a investigação, a maior parte dos participantes identificou a presença de práticas reflexivas entre colegas, o que ficou muito evidente no discurso.

Em uso

Mas, às vezes, é necessário fazer a discussão das coisas em grupo, porque aquele ponto, aquela dúvida, não é só de um elemento, é do grupo. O que está em causa, de facto, é o grupo, mas noto que a metodologia deve ser baseada na reflexão sobre as práticas. ***E15CH****; Sim, entre colegas refletimos. Uns mais que outros, evidentemente! Mas, vai havendo partilha de informação,*

naturalmente, e de conhecimentos (…) ***E2RP****; Muito! Discutimos muito sobre os cuidados! (…) E nós fazemos reflexão. Não com todos, os mais novos: Mas a gente conversa, discutimos sobre o trabalho uns dos outros.* ***E3VP****; Eu acho que o discutir e falar-se em grupo, nunca é demais. (…)* ***E5CH****; (…) discutimos os nossos doentes, os casos dos nossos doentes, o nosso dia-a-dia, as dificuldades que temos tido. (…) não só com os colegas, mas com as próprias chefias também acho que fazemos um bocadinho deste trabalho de supervisã. Até porque, vamos conversando sobre aquilo que tem corrido bem e aquilo que tem corrido menos bem, onde nos poderíamos empenhar mais, porquê é que não nos empenhamos.* ***E5RP****; (…) Cada vez falamos mais do serviço, (…) há essa partilha, há essa reflexão! Existe reflexão!* ***E6CH****; Sim, conversamos, discutimos sobre os cuidados e temos à-vontade para isso.* ***E7VP****; Não temos dificuldade em discutir uns com* os outros sobre os cuidados, acho que até se faz cada vez mais essa discussão. **E8RP**

As práticas de enfermagem são permanentemente impregnadas de processos auto e hétero-reflexivos, muitas vezes espontâneos e inconscientes.

Como se pode verificar pelo discurso, a atividade profissional dos participantes estava imbuída de análise reflexiva das suas práticas, em que estes procuravam e criavam as oportunidades de analisar, confrontar e repensar os cuidados, pelo que, consideramos que este ambiente clínico, se constitui como um "terreno fértil" para a implementação da SCE. Até porque, como analisaremos posteriormente, uma das qualidades da análise crítica das práticas apontava para a necessidade de determinar mais momentos de reflexão conjunta, provendo tempo para a mesma.

Neste sentido, o discurso dos participantes aponta para a existência de hétero-reflexão caraterizada pela partilha de conhecimentos e experiências, e a colocação de dúvidas por parte do supervisado ao supervisor,o que nos remete para as vantagens da reflexão interpessoal, apontadas no estudo de Tate (2004). Estas vantagens são: as múltiplas perspetivas de entendimento sobre os assuntos, ter um grupo de apoio ao iniciar a ação, poder aprender com as experiências dos outros, poder fornecer uma visão mais objetiva da experiência, ter a experiência de um facilitador, pode ser motivador (Tate, 2004).

Fowler (2013) refere que a SC tem que ser feita segundo princípios da prática reflexiva, o que proporciona que a pessoa se concentre em aspetos particulares da sua prática clínica, de forma que não o faria normalmente, refletindo-os.

Face à dimensão interpessoal da reflexão, analisamos de seguida, as subcategorias que emergiram, quer relativas à supervisão em uso, quer à desejada. Salienta-se, desde já, que muitas subcategorias inerentes à supervisão em uso, remetem-nos para dificuldades socio clínicas dos enfermeiros, no desenvolvimento da análise crítico-reflexiva das práticas.

No discurso dos participantes identificou-se a ocasionalidade / informalidade na forma como acontecia a análise crítico-reflexiva das práticas entre os enfermeiros, segundo os quais esta estratégia era colocada em prática ocasionalmente, de forma imprevista e espontânea.

I. Ocasional[29]

Em uso

(…) acontece ocasionalmente. Não há momentos estipulados para isso. ***E13CH****; Esporadicamente há entre nós reflexão. Às vezes, quando nos surge uma situação nova, diferente, que é conhecida de um ou outro elemento, e os outros não sabem, acabamos por nos sentar e falar sobre isso, de forma informal.* ***E14VP****; Sem dúvida que é importante refletir! Nós vamos fazendo isso espontaneamente, quando nos vamos encontrando (…).* ***E17VP****; Eu penso que até isso nós fazemos entre nós informalmente. Discutimos as coisas com clareza mesmo sem preocupação de termos feito alguma coisa bem ou mal, (…)* ***E4RP****; Aqui, no CS, às vezes conseguimos ter esses momentos de partilha e reflexão. Outras vezes não! Mas quando se consegue, a gente aproveita sempre para discutir uns com os outros sobre os nossos cuidados.* ***E5CH***

Assim como outras estratégias, também a análise crítico-reflexiva das práticas impõe uma componente informal, espontânea, que impregna o dia-a-dia dos enfermeiros, decorrente, em grande parte, das vivências, dificuldades e virtualidades socio-clínicas com que se confrontam (Clynes & Raftery, 2008).

Relativamente a este caráter informal/ocasional, mencionado pelos enfermeiros, eles fizeram referência a serviços onde existia um período de tempo definido para as "passagens de turno", que consideraram serem momentos cruciais para a reflexão entre os pares.

Em uso

Nós aqui temos menos momentos para refletir. Não é como no hospital, todos os dias, na passagem de turno (…). ***E1CH****; É assim, sou franca, eu acho que nós aqui nesse aspeto estamos a falhar um bocadinho isso. Não estamos a partilhar se calhar como devíamos. Porque eu sei que há serviços em hospitais e, não sei, noutros centros de saúde,… mas, nesse aspeto, aqui está a faltar-nos um bocadinho isso. (…) acho que isso aí nos faz falta, falarmos mais sobre os cuidados. (...) Mas assim, discutir casos concretos de utentes, dos cuidados do dia-a-dia e assim, não! Não, discutimos! (…) não há reuniões desse tipo. Não temos, por vezes, tempo e momentos próprios para o fazer, e isso era importante.* ***E4CH***

As perspetiva destes enfermeiros vieram corroborar o estudo de Tavares (2013), onde foram identificadas situações da prática diária propícias à reflexão, tanto em grupo como individual, onde ficou evidente a importância atribuída pelos participantes às análises, discussões, e reflexões que ocorriam durante as "passagens de turno", considerando estes momentos cruciais para o desenvolvimento de uma prática reflexiva. Aqueles enfermeiros valorizaram os momentos das passagens de turno para refletirem sobre a prática e aferirem a melhor forma de lidar com cada situação, atribuindo grande relevância e valorização à informação que é partilhada e discutida nestas situações (Tavares, 2013).

[29] Ocasional - 1. que serve de ocasião para alguma; 2. que se produz por acaso; fortuito; acidental; 3. Imprevisto; 4. Eventual. (Porto Editora, 2015)

O "tempo" é um fator que pode influenciar de forma indelével as ocasiões encontradas para o exercício desta análise reflexiva sobre as práticas, como refere o participante E8CH: "(…) *O problema é tempo, ter tempo,* (…)", tempo este que a informalidade de algum modo tende a subtrair, "deixando-se para depois", havendo sempre algo que se sobrepõe como "mais importante a fazer".

Face às dificuldades manifestadas por estes profissionais em encontrarem tempo para a análise reflexiva sobre as práticas, entre os pares, emergiu a subcategoria:

II. Falta de tempo para reflexão interpessoal

Em uso

Embora *agora haja pouco tempo e falta de meios, (…) vamos refletindo com os colegas do CS.* ***E11VP****; (…) nós temos alguns momentos, embora ultimamente menos, mas sempre que estamos juntos há sempre essa partilha de experiências e tentamos muitas vezes… temos essa oportunidade, (…)* ***E7VP****; Isso não temos muito! Ultimamente não temos tido tanto essa oportunidade para partilharmos e refletirmos sobre as nossas práticas, mas há uns anos atrás ainda tínhamos. (…) Agora, ultimamente, tem existido imenso trabalho com estas mudanças das USF's e temos mais dificuldades nessa partilha das situações da prática. Temos tido menos oportunidades para reflexão uns com os outros! (…) Nem sempre temos oportunidade de reunir.* ***E8CH****; Mas gostava de ter mais, gostava!* ***E5CH***

No entanto, face à SCE desejada, os enfermeiros pretendem que o programa a implementar lhe proporcione tempo para a análise e reflexão sobre as práticas, tendo-se identificado a propriedade:

III. Prover tempo para a reflexão interpessoal

Desejado

Seria muito bom mesmo, que o sistema de supervisão a ser implementado permitisse tempo para refletirmos sobre as práticas uns com os outros, (…). ***E13VP****; (…) um modelo de supervisão a implementar aqui devia contemplar um local e momentos formais para a reflexão. Se houver um local e um dia que seja exclusivamente para isso, eu penso que as pessoas estarão muito mais à vontade.* ***E2RP****; É muito importante providenciar tempo para se fazer discussão sobre as situações.* ***E6CH****; Horas estipuladas para refletirmos em conjunto sim! Devia existir! Mas, não diárias nem semanais, mas de x em x tempo, (…).* ***E6RP****; Portanto, ao implementar um programa de supervisão, é importante que inclua tempo para discutirmos sobre as práticas.* ***E9CH***

A SC radica na reflexão, pois todo o processo supervisivo só é relevante porque integra processos reflexivos, pelo que, a disponibilização de tempo para a SCE e respetivas sessões tem que contemplar, inevitavelmente, tempo próprio para a reflexão sobre as práticas e conjunturas envolventes (Butterworth, et al., 1997; Nicklin, 1997; Bond & Holland, 1998; DoH, 1993; Howatson-Jones, 2003; Philpotts, 2007; Te Pou, 2009; Henderson, 2014).

Butterworth e Woods (1998) referiram que para que a implementação da SC seja eficaz, deve contemplar um conjunto de requisitos que passem pela preparação dos supervisores

clínicos e a disponibilização de tempo suficiente para que a supervisão possa acontecer, inclusive, o tempo para que a reflexão interpessoal aconteça. É necessário tempo, inclusivamente, para a preparação dos profissionais, no sentido que a hétero-reflexão possa ocorrer com eficácia.

Segundo Cross et al. (2012), a SCE é particularmente importante em serviços onde os enfermeiros se encontram mais sobrecarregados, devendo ser fornecido tempo para refletirem sobre as suas práticas e questões profissionais, pois através da reflexão, estes analisam, verbalizam, e fazem a autocrítica acerca dos cuidados prestados (Lindahl & Norberg, 2002).

Carvalho (2012) referiu que, face à conjuntura multicultural e complexa das sociedades atuais, a forma de se conseguir evoluir profissionalmente é através da reflexão, a qual é frequentemente referida na literatura como o processo cognitivo primário da SC, que exige espaço e tempo frequente para refletir na prática do dia-a-dia (Proctor, 2006), ao qual acrescentamos o espírito crítico e analítico, a curiosidade intelectual e questionamento, constantes, a criatividade e proatividade.

A generalidade da evidência produzida na área da SCE, aponta para a manifesta necessidade das políticas a implementar proporcionarem momentos próprios para a reflexão das práticas, o que também é referido por Tavares (2013).

Outro dos fatores dificultadores da reflexão realizada entre os enfermeiros, remeteu-nos para uma subcategoria que, em certa medida, também arrola a anterior:

IV. Organização do trabalho interfere com a reflexão interpessoal

Em uso

Muitas vezes não temos oportunidade de refletir uns com os outros sobre as práticas porque estamos a trabalhar muito isoladamente, cada um no seu módulo. (…) não refletimos muito uns com os outros porque estamos muito isolados e não temos assim muita oportunidade de nos juntarmos para discutir. ***E11CH****; Se bem que é complicado a gente conseguir fazer essa discussão uns com os outros. Anda cada um para seu lado, o que torna difícil discutir e até uniformizar alguns procedimentos entre nós.* ***E17VP****; E a partilha é pouca! (…) e a nossa organização do trabalho também não facilita!* ***E1CH****; Agora, muitas vezes, também depende do serviço e dos horários. Há dias que (…) até falamos sobre algumas coisas. Mas depois, porque aquela tem um horário até às sete, a outra tem até às cinco, imaginemos… ou se fica uma sozinha, já não temos aquela oportunidade de (…) refletirmos. (…) tentamos conjugar com o da frente ou com o de lado. Isto para dizer, que nos vamos apercebendo dos cuidados dos que estão mais perto, (…) e falamos com quem está mais perto. (…) Mas teríamos que nos organizar! Tem que ser de outra maneira! Tentar ver a melhor maneira possível de ajustar as coisas, de fazer mediante a nossa situação, a nossa organização do trabalho, (…).* ***E2CH****; (…) A maneira como está organizado o trabalho não permite discutir com todos com a mesma frequência. (…) Penso que é mais pela organização do trabalho.* ***E4RP****; A partilha de conhecimentos, hoje, já não se faz tanto. Já se tornam mais egoístas! Não sei se é pelo modo como estão a funcionar com o método de trabalho (…). As pessoas fazem aquilo que têm que fazer, não partilham tanto porque acham que têm mais importância, querem ser os melhores e têm dificuldade em fazê-lo. (…) é mais complicado, cada vez pior, cada vez se isolam mais, se calhar porque trabalha-se mais isolado nos gabinetes.* ***E7CH***

Outra subcategoria identificada, aponta para algumas caraterísticas que os participantes reconheceram em alguns colegas.

V. Pouca predisposição para a reflexão interpessoal

Em uso

*Há alguns colegas que, pronto…não partilham muito. Mas são poucos! Ainda assim, há alguns que acham que sabem tudo e que não discutem muito com os outros. (…). É, com alguns colegas têm-se mais dificuldades em fazer essa reflexão. É! Porque não adianta…porque depois insiste que o que ele está a dizer é que é correto. Há colegas que não são muito de discutir, acham que a opinião deles é que está certa! Pronto! Mas isso é muito raro, (…) Não sei se eles entendem que estão a perder a oportunidade de aprender com os colegas! Eles acham que estão sempre certos…não sei se percebem isso!? **E1VP**; Alguns sentem mais dificuldade em pedir a opinião aos colegas sobre a prestação dos cuidados! Eu não sinto isso, mas há colegas que têm mais dificuldade na reflexão! (…) Mas aquelas pessoas mais fechadas têm mais dificuldade em discutir sobre os cuidados com os colegas. **E3VP**; Mas também há sempre quem não goste! Não é? No grupo, uns sim, refletem com os outros, outros não! Mas isso acho que também deve ser normal, de um modo geral. Porque, arranjar assim um grupo jeitosinho, em que todos gostam de partilhar as suas dúvidas, é capaz de ser assim um bocado difícil! **E5CH***

No estudo de Pires (2004), a reflexão sobre as práticas, entre os enfermeiros, foi referida como uma das dificuldades socio-clínicas com que estes se defrontavam no seu dia-a-dia, em que alguns participantes referiam mesmo "*as pessoas são um bocadinho resistentes e ainda têm muito a ideia de que a sua verdade é universal. Não discutem muito!*" (p. 278).

A investigadora concluiu que a reflexão com os pares ainda constituía uma dificuldade na enfermagem, transversal a diferentes áreas do conhecimento, acreditando que ainda persistia o hábito pouco enraizado de se fazer uma reflexão sistemática sobre as práticas, pela dificuldade da "*passagem do eu solitário ao eu solidário*". Passagem esta que se tem vindo a fazer a passos lentos, num processo de "emancipação" relativamente ao paradigma da racionalidade técnica, ao qual o da racionalidade crítica tem vindo a impôr. No entanto, acreditamos que promover a interatividade profissional entre ambos os paradigmas e as miríades a que estes podem dar origem, mostra-se cada vez mais útil às diferentes atividades e disciplinas, na medida em que estes não são antagónicos, mas completam-se (Sá-Chaves & Amaral, 2001, p. 81).

Este aspeto conduz-nos, de imediato, à subcategoria seguinte, pois, ainda que pela exemplaridade, efetivamente, houve enfermeiros que não manifestaram receios na passagem do "*eu solitário ao eu solidário*", como se pode verificar a seguir.

VI. Expõe zonas de (não) saber

Em uso

*Sim, procuro a opinião do colega em termos de conhecimento, a ver se estou correta ou não. **E13VP***

No entanto, ainda se identifica alguma resistência de profissionais à passagem ao "*eu solidário*". A dificuldade para se refletir abertamente com o outro pode realmente radicar em aspetos da personalidade/habilidades comunicacionais, na falta de tempo e outras dificuldades de natureza pessoal ou organizacional, segundo os argumentos que vão sendo expostos; ou na falta de uma "cultura" reflexiva, que está enraizada em questões paradigmáticas que, embora nas últimas décadas se tenham vindo a atenuar, sob elas sofremos marcada influência até cerca da década de 80 do séc. XX.

Segundo Sá-Chaves e Amaral (2001, p. 82) o "*…profissional poderá também sentir-se isolado, apesar de rodeado de outros seres com quem aparentemente partilha uma profissão, quando se sente incapaz ou receia dar voz às opiniões ou sugestões que poderiam ajudar a alterar aquele mundo cheio deste medo da e seres solitários, com medo de passar a ser ostracizado…*", o que de algum modo "dá voz" àquilo que é sentido por alguns profissionais, e que fica expresso no discurso.

Em uso

Sim, há colegas que acham que ao perguntarem ao colega ele pode pensar que não sabe, que não tem conhecimentos. ***E3VP***

No estudo de Pires (2004), também se concluiu que um dos obstáculos à reflexão com os pares era a dificuldade referida por alguns enfermeiros em superar a sua deficiente atualização científica, que reconheciam criar-lhes dificuldades no contacto e na reflexão interpessoal.

Acreditamos que, de algum modo, todos nós já sentimos estas "solidões constrangedoras". No entanto, a evolução científica, tecnológica e social, exige que nos libertemos delas, em prol da qualidade e segurança dos cuidados, mas também em nome da satisfação e bem-estar profissional, o que já há algum tempo é percebido pela tomada de decisão das políticas de saúde de muitos países, que viram na SCE a via pela qual se pode ultrapassar estas dificuldades. Esta é a via para a criação de uma cultura organizacional assente na reflexão, "intra" e "interpessoal", que não permita que os profissionais se refugiem atrás de verdades universais, da falta de pares com quem partilhar a reflexão, ou de "*receios de ostracização*" de discutir com outrem mais conhecedor do que nós. Esta é a via para passarmos a trilhar um caminho de partilha que, certamente, nos transformará em seres mais solidários na reflexão (Sá-Chaves & Amaral, 2001).

As dificuldades na análise crítica das práticas, pela falta de pares com quem partilhar as reflexões, foi um aspeto mencionado por um dos participantes, na medida em que vivenciava uma realidade distinta da maioria dos profissionais, pois trabalhava mais isolado, numa Extensão de Saúde.

VII. Dificuldade de reflexão interpessoal nas Extensões de Saúde

Em uso

(…) nós estamos muito separados da Sede e isso dificulta a reflexão com os colegas. ***E9VP***

De facto, como já foi abordado noutro momento, o maior isolamento a que as Extensões de Saúde estão expostas, é identificado como um dos fatores dificultadores da SC e da reflexão entre pares, na medida em que há locais de trabalho com apenas um enfermeiro, colocando em evidência o sugerido por Winstanley e White (2003), ou seja, para casos particulares, soluções particulares, encontrando-se as respostas apropriadas para áreas rurais mais remotas, o que poderá passar por estratégias de SCE à distância, com adoção de dinâmicas apropriadas de reflexão.

No estudo de Winstanley (2000b, cit. por Winstanley & White, 2003), a análise das características demográficas dos dois grandes grupos de pessoas que nele participaram, mostraram diferenças significativas na organização da SCE em contexto hospitalar e comunitário, precisamente devido à maior dispersão dos profissionais no segundo contexto (Winstanley & White, 2003; Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008).

Não obstante os participantes terem identificado algumas dificuldades e informalidade/ocasionalidade na análise e reflexão das práticas, eles também se referiram à reflexão que realizavam nas reuniões de serviço, momentos programados, mais formais.

VIII. Reflexão interpessoal nas reuniões de serviço

Em uso

Aproveitamos as reuniões de serviço para refletirmos todos sobre os cuidados que estamos a praticar e também para pormos algumas dúvidas. E, mesmo se temos algumas dificuldades, é posto ali e entre colegas elucidamo-nos. (…) Agora, ultimamente, estamos assim um bocadinho mais parados nesse sentido (…) Eu acho que os cuidados, ultimamente, têm perdido com a falha dessas reuniões. ***E11CH****; Mas nós vamos fazendo reflexão uns com os outros. Vamos tentando! Porque nós, normalmente, fazemos reuniões e vamos aproveitando estar com os colegas na Sede e fazendo todas essas estratégias também nas reuniões.* ***E11VP****; Nas reuniões de serviço trocamos opiniões e discutimos sobre a prestação de cuidados. Já se faz isso! (…) Nós temos estas reuniões para partilhar as nossas dúvidas. Às vezes há discordâncias e isso é bom!* ***E13VP****; Nas reuniões mensais há sempre reflexão sobre os cuidados e sobre os registos.* ***E15CH***

Ainda no âmbito da dimensão interpessoal da reflexão, relativamente ao desejado pelos participantes para o programa de SCE a implementar, estes propuseram que a SCE assegure a reflexão interpessoal nas reuniões de serviço.

IX. Continuidade da reflexão interpessoal nas reuniões de serviço

Desejado

Acho que sim, se se implementar SC deve-se continuar a ter reuniões para o grupo poder refletir em conjunto! ***E11CH****; É para isso que servem as reuniões, discutem-se as discordâncias e chega-se a uma orientação terapêutica comum.* ***E13VP***

Consideramos que estes momentos são muito importantes para a reflexão interpessoal dos enfermeiros. Identificamos, também, nestas reuniões, um ótimo ponto de partida para a realização de sessões de SCE em grupo, onde os profissionais podem partilhar e refletir as suas práticas conjuntamente.

A relevância atribuída à reflexão na melhoria progressiva nos cuidados de enfermagem valoriza a oportunidade dos enfermeiros poderem refletir sobre as suas práticas, em reuniões organizadas exclusivamente para esse fim (Pires, 2004; Cross, Moore & Ockerby, 2010; Tavares, 2013).

Outra subcategoria identificada foi:

X. Reflexão entre supervisores de diferentes serviços

Em uso

Mas acaba por haver alguma solidariedade entre colegas, [de diferentes Centros de Saúde] os pares com o mesmo papel [supervisor], partilhamos entre nós, discutimos entre nós e vamo-nos ajudando. ***E7RP***

No estudo de Pires (2004), os participantes consideraram que dado a supervisão incorporar uma rede complexa de interagir, era de todo importante que a reflexão, o diálogo e a relação de ajuda devessem ser estimulados entre os profissionais de diferentes serviços, que assumiam atividades de supervisão, considerando que, a partilha de experiências entre si, poderia ser muito útil para o seu desenvolvimento enquanto supervisores.

Segundo o modelo implementação da SC proposto por Waskett (2009), que envolve quatro etapas, a terceira etapa - "suporte" -, realça a importância de supervisionar os supervisores, e de promover reuniões com outros supervisores, no sentido de permitir a partilha de experiências de supervisão (Waskett, 2009).

O estudo de Cruz (2012) também potenciou reflexão entre supervisores de diferentes serviços através da "supervisão indireta", efetuada através de reuniões das equipas de enfermeiros supervisores clínicos, com o propósito de trocar informações entre si e normalizar a sua atuação. Estas reuniões foram efetuadas no 1º, 3º, e 6º meses, com duração máxima de 2h, com a presença de enfermeiros supervisores *major*, cuja função era fazer supervisão dos supervisores, os quais acompanharam estes primeiros, orientaram-nos e monitorizaram a sua evolução ao longo do semestre em que decorreu o programa (Cruz, 2012).

No estudo de Borges (2013), os participantes salientaram a importância das reuniões de supervisores, na medida em que estas lhes proporcionavam um maior nível de suporte e apoio, considerando que o suporte de todos os mediadores do processo, os critérios de inclusão dos supervisores e as reuniões de supervisão, são aspetos essenciais a considerar na implementação de um modelo de SC, para que o processo seja facilitado e perdurável.

Outra das subcategorias identificadas, que considerámos fundamental, no sentido de ser um forte contributo para a facilitação da implementação da SCE, foi:

XI. Enfermeiro chefe facilita a reflexão interpessoal

Em uso

Sim, refletirmos em conjunto, às vezes até é a nossa Chefe a propor. ***E1VP****; (…) a Chefe facilita-nos essa oportunidade, de a gente estar um bocadinho uns com os outros e partilhar as experiências.* ***E7VP****; Sim, nas reuniões eu dou um estímulo sempre. De certa forma estimulo a reflexão e estimulo o pensamento crítico da equipa.* ***E15CH***

O estudo de Tavares (2013) também revelou que o enfermeiro chefe tinha um papel muito relevante no estímulo da análise critico-reflexiva das práticas, incentivando a equipa de enfermagem a refletir para, na, e sobre a ação, e o desempenho das suas funções como supervisor se constituía como agente catalisador da prática reflexiva, com enfoque na melhoria dos cuidados.

No referido estudo, os enfermeiros consideraram que a equipa de enfermagem é o espelho da sua chefia, no que toca à reflexão. Pois, através da exigência da mesma, a equipa é impelida a tornar-se mais exigente consigo própria, instigando a cada um a responsabilidade individual do seu próprio desenvolvimento e vontade de se tornar melhor profissional (Tavares, 2013).

Ao identificarem a reflexão sobre as práticas como uma das suas atividades, impregnada de dificuldades sócio clínicas, os enfermeiros que participaram na nossa investigação, demonstraram que compreendiam que a formação e desenvolvimento em contexto profissional tem que ser concebida num registo que inclua uma forte componente reflexiva a partir das situações da prática real, enquanto meio facilitador da integração da prática baseada na evidência, e como forma do profissional se sentir capaz de enfrentar situações sempre novas e diferentes, e de tomar decisões nas zonas de indefinição que a caracterizam (Schön, 1987).

Neste sentido, a formação de um profissional dotado desta competência, exige que a sua formação seja acompanhada e sustentada por um supervisor que lhe ajude a compreender

a realidade, a refletir sobre ela, mas que também seja seu treinador, conselheiro e companheiro (Schön, 1987).

Relativamente à análise crítico-reflexiva das práticas, no que respeita à SCE desejada, os enfermeiros pretendiam, ainda, que o programa de SCE a implementar, assegure a continuidade da reflexão interpessoal sobre as práticas.

XII. Continuidade da reflexão interpessoal sobre as práticas

Desejado

Por isso mesmo é que a supervisão era importante. Em relação a isso, em relação a impor a reflexão sobre as práticas. ***E10VP****; (…) da discussão nasce a luz! Às vezes basta uma pequena conversa para mudar as práticas. Às vezes até podem parecer conversas muito banais, mas se não se discutir, se não se refletir, continuamos a cometer erros. Às vezes os mesmos erros! Por isso, acho que é muito importante haver reflexão e acho que é muito importante que um modelo de supervisão inclua uma forte área de reflexão sobre as práticas.* ***E14CH****; (…) fazia todo o sentido os modelos de supervisão considerarem isso.* ***E17VP****; (…) eu acho que a supervisão que tivermos tem que promover mais ainda a reflexão e a discussão sobre as práticas.* ***E5CH****; Para mim é realmente importante existir no serviço momentos de partilha, de discussão, de reflexão. (…) Deve! Um sistema de supervisão deve contemplar a reflexão. Exatamente! (…) Acho que sim, deveria sim! A meu ver, a supervisão que vier a ser feita deveria assegurar a reflexão das práticas, (…).* ***E6CH****; Acho que seria muito importante termos esses momentos de reflexão e partilha em conjunto, sobre as nossas práticas.* ***E8CH***

Os participantes consideraram que esta continuidade da reflexão sobre as práticas devia dar supremacia à análise sobre a evidência científica.

XIII. Reflexão interpessoal sobre a evidência científica

Desejado

Em termos de conteúdos, eu acho que é muito importante fazermos a discussão da evidência científica! Muito! Porque nós achamos que o colega/supervisor/orientador está para nos ajudar a discutir os nossos problemas pessoais e porque se não correu tão bem e esquecemo-nos um bocadinho da componente científica. (…) a discussão da evidência científica, do que há de novo, do que não há de novo, que seja um parâmetro/tópico da discussão. Não faz sentido os profissionais só discutirem a parte emocional. Se cremos evoluir na profissão temos que discutir a parte científica e técnica da profissão. Não podemos ser só os enfermeiros das relações e das emoções. Temos que ser competentes naquilo que fazemos (…) - Será que cientificamente o comportamento era o adequado, era o ajustado? Será que tecnicamente eu mantive um comportamento adequado e eu procedi bem? - Portanto, acho que essa parte é fundamental e não podemos desvincular-nos disso enquanto enfermeiros. (…). ***E5RP***

A perspetiva destes enfermeiros vai de encontro ao pressuposto de que conhecimento adquirido através investigação em enfermagem "*é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e optimizar os resultados em saúde*" (ICN, 1999, cit. por OE, 2006, p. 1). Estava, também, em consonância com o preconizado pela OE (2006) e pelo CIE (2012), que sugerem a integração da pesquisa e identificação da mais recente evidência científica, da experiência e avaliação clínica, nas

práticas de enfermagem, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar. Ou seja, a prática baseada na evidência [PBE].

Segundo a OE (2006) a PBE consiste na "*incorporação da melhor evidência científica existente, (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis*" (p. 1), conceito que, segundo o estudo de (Chicória, 2013), ainda é pouco explorado pelos enfermeiros, tendendo estes a apreendê-lo do ponto de vista da experiência clínica e preservação da individualidade do utente, não o associando à incorporação na prática da melhor evidência científica, o que não acontece com os nossos participantes, na medida em que defendem a reflexão e incorporação desta nas práticas.

As reflexões produzidas sobre caminhos já percorridos têm-se revelado fundamentais para a compreensão do estado da arte da disciplina e da necessidade de se trilharem diferentes alternativas, no sentido de se atingirem níveis superiores de compreensão e de respostas adequadas aos problemas de saúde. Neste sentido, os enfermeiros fazem uso de um conjunto de saberes decorrentes da experiência, conhecimento privado, que a reflexão interpessoal ajuda a divulgar. Contudo, utilizam também o conhecimento da disciplina, as teorias e as evidências científicas, conhecimento público (Kim, 2010), para fundamentarem as suas decisões e práticas.

Chicória (2013) defende que, ainda que os enfermeiros percecionem a PBE enquanto prática baseada nos conhecimentos adquiridos através da prática de cuidados quotidiana, e revejam o seu comportamento nesta perspetiva, para os participantes do seu estudo, a teoria representa um importante papel na fundamentação das práticas, nomeadamente, devido à sua função orientadora da prática clínica. Esta valorização da teoria na prestação de cuidados é atribuída, segundo a investigadora supracitada, ao aporte teórico que confere aos profissionais, proporcionando-lhes uma maior segurança e confiança na tomada de decisão e prestação de cuidados

Thompson (2003) também defendeu que, ainda que o conhecimento experiencial seja necessário e relevante, não se revela suficiente para o processo de decisão clínica, no qual é fundamental a utilização explícita, consciente e sensata, da melhor evidência disponível, articulada com a experiência do profissional e preferências do utente (Sackett, 1998).

Em jeito de síntese, pode-se dizer que as opiniões e significados atribuídos pelos participantes à SC salientaram os processos de reflexão sobre as práticas clínicas, no sentido de identificarem os problemas diários com que se confrontavam, procurando soluções que lhes permitissem repensar, melhorar e desenvolver criativamente uma elevada qualidade das mesmas (Bond & Holland, 1998; Royal College of Nursing, 2003).

Estas presunções são consonantes com os estudos desenvolvidos por diferentes autores (Schön, 1987; Sá-Chaves, 2000; Alarcão, 2001; Pires, 2004; Soares, 2004; Cruz, 2012), entre outros, cujos posicionamentos se enquadram numa abordagem reflexiva das práticas, com a complementaridade do paradigma da racionalidade técnica, encontrando nos contextos da prática espaços formativos por excelência, promotores do desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e da intervenção criativa dos profissionais, de modo a encontrarem soluções para os problemas com que se confrontam, para os quais "*nem as teorias aplicadas nem as técnicas de decisão e os raciocínios aprendidos fornecem soluções lineares*" (Schön, 1983, cit. por Alarcão, 1996, p. 14).

A importância da prática reflexiva como meio de desenvolvimento também foi apoiada por Johns e Freshwater (1998), que referiram que a compreensão da finalidade da prática reflexiva e de seus componentes, pode ser adquirida em função das definições, considerando que esta envolve a reflexão individual e a exploração de experiências.

Destinando-se a SCE a identificar soluções para diferentes tipos de problemas e melhorar a qualidade da prática clínica, aumentando a compreensão das questões profissionais, através da incorporação sistemática de processos reflexivos (Hirkäs et al., 2001), a importância da "reflexão na ação", "reflexão sobre a ação" e da "reflexão sobre a reflexão na ação", ao que, com base nos trabalhos de Sá-Chaves (2000), acrescentamos de uma fase pré-ativa "reflexão para a ação", torna a prática reflexiva uma ferramenta capital para a SCE.

Nesta perspetiva, a OE, pronunciando-se sobre os cuidados de qualidade, declarou que "*a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados*" (OE, 2001, p. 7).

Os participantes, ao associarem ao processo de SCE a reflexão sobre as práticas, função de natureza formativa e desenvolvimento profissional, vão de encontro à evolução/desenvolvimentos da enfermagem em Portugal, que se tem vindo a impôr como uma referência no contexto europeu relativamente à coerência e qualidade da formação.

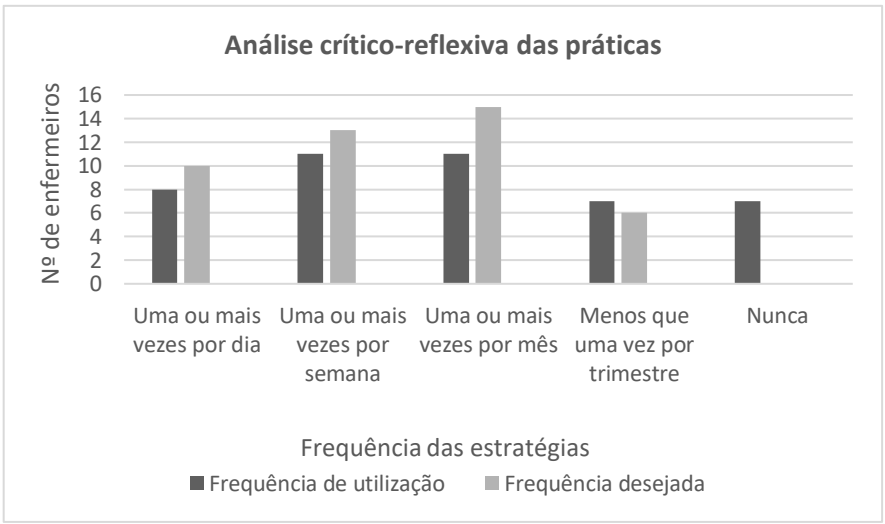
Isto revela, desde logo, uma forte preocupação com uma formação em enfermagem, promotora do desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético, que proporcione os fundamentos científicos para o exercício profissional, capacitando os enfermeiros para a mobilização de um conjunto de competências, ora específicas, próprias do exercício da profissão, ora de natureza transversal, de que são exemplo a flexibilidade, criatividade, autonomia, sentido de responsabilidade, capacidade de trabalho em equipa, adaptação à

mudança, capacidade de refletir criticamente, de tomar de decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio da equipa pluridisciplinar (OE, 2007).

De facto, na atualidade, não se concebe a possibilidade da evolução disciplinar sem profissionais reflexivos. O mesmo acontece relativamente aos processos de formação e desenvolvimento profissional, pois estes só serão possíveis, e adequados, se impregnados de práticas reflexivas, uma ferramenta de aprendizagem e formação, imprescindível na SC. Talvez, por este motivo, os organismos profissionais tenham vindo a incorporar nas suas estratégias de aprendizagem e desenvolvimento os benefícios da prática reflexiva para estudantes e profissionais de saúde, como é apanágio, por exemplo, da OE, mas também de outros organismos nacionais e internacionais de relevância, como o ICN, o RCN, os Departamentos de Saúde do Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, e outros, tendo-se vindo a invocar a importância de desenvolver a prática profissional e do papel da supervisão para garantir padrões de atendimento de alta qualidade, como é salientado em documentos como "*A Vision for the Future*" (DoH, 1993).

Do ponto de vista dos dados quantitativos obtidos, apresentamos, no gráfico 7, resultados que foram objeto da nossa análise.

Gráfico 7 - Análise crítico-reflexiva das práticas: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

«Análise crítico-reflexiva das práticas» era a quinta estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 18,2% (n=8) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 25,0% (n=11) uma ou mais vezes por semana; 25,0% (n=11) uma ou

mais vezes por mês; 15,9% (n=7) menos do que uma vez por trimestre; e 15,9% (n=7) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados estão de acordo com os de Rocha (2013), relativamente à frequência de implementação CSP, no contexto hospitalar, e nos serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar), pois, nestes diferentes contextos, esta também era a quinta mais frequentemente implementada.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu na sexta posição, em que 22,7% (n=10) dos inquiridos desejava analisar as práticas de forma crítico-reflexiva uma ou mais vezes por dia; 29,5% (n=13) uma ou mais vezes por semana; 34,1% (n=15) uma ou mais vezes por mês; e 13,6% (n=6) menos que uma vez por trimestre; não havendo nenhum enfermeiro que nunca desejasse que esta fosse implementada.

Estes resultados são muito próximos aos de Rocha (2013), já que esta estratégia aparece igualmente como a sexta mais frequentemente desejada nos CSP.

Também são resultados muito próximos aos de Rocha (2013), relativamente ao desejo de implementação em contexto hospitalar e serviços de saúde em geral, sendo a quinta que os enfermeiros queriam ver mais implementada nestes dois contextos, respetivamente.

Relevância

No que respeita à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia de SC foi considerada a sétima mais relevante: 25,0% (n=11) consideraram-na totalmente relevante; 61,4% (n=27) muito relevante; 13,6% (n=6) relevante; e não houve nenhum enfermeiro que a considerasse pouco relevante ou nada relevante.

Tabela 14 - Análise crítico-reflexiva das práticas: relevância

Análise crítico-reflexiva das práticas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	Nada Relevante %	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Relevância	0,0	0,0	13,6	61,4	25,0

Estes resultados diferem dos do estudo de Pires et al. (2016), no qual esta estratégia foi considerada a mais relevante, entre as 16 estudadas, em que 45,8% consideraram-na totalmente relevante, 39,6% muito relevante, 12,8% relevante, salientando-se o facto de 1,5% a considerarem pouco relevante, e 0,4 % nada relevante. Salientamos, ainda, o facto

de que, na presente investigação, contrariamente ao estudo atrás referido, nenhum enfermeiro considerou esta estratégia pouco relevante ou nada relevante.

Em jeito de síntese da análise quantitativa, esta estratégia foi considerada a sétima mais relevante, a sexta mais desejada, e a quinta mais frequentemente utilizada. Com isto, verifica-se que esta venha a ser menos utilizada do que o que era na altura.

Apesar de não termos dados que nos permitam justificar estes resultados, acreditamos que estes se predem com as dificuldades sócio clínicas que os enfermeiros referiram sobre a implementação desta estratégia, inclusivamente o tempo disponível para a reflexão interpessoal com os pares.

Ora, para concluir, sobre esta estratégia, não podemos deixar de referir que refletir é a ação de pensar sobre algo com um espírito critico-construtivo que constrói conhecimento. Partindo da acessão de Kennet Zeichner (1993, p. 93), é importante a compreensão de que "*não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática*", e que, a "prática reflexiva", é algo mais do que "pensar sobre a prática". É esta forma de exercício que busca problematizar muitas situações da atuação profissional, de modo que elas possam tornar-se potenciais situações de aprendizagem e para que os profissionais possam continuar a aprender, crescer e desenvolver-se, "na" e "através" da prática (Jarvis, 1992).

A análise critico reflexiva das práticas é essencial à profissão. Como refere Schön (1983), os problemas não chegam definidos às mãos dos práticos, o que implica que estes tenham que: dar nomes às coisas, identificá-las, estruturá-las, relacioná-las, transformar o seu ângulo de visão, diferenciar o essencial do acessório, considerar irrelevante o que parecia fundamental e fundamental o que parecia irrelevante, num processo que se reveste de "intuições subjetivas", traduzidas na reorganização de conceitos interpretativos que mediante novas configurações permitem delinear o caminho da ação. É a laboração com e sobre os problemas, com recurso à reflexão dialogante com as situações, com e sobre o que nelas se observa e vive, que conduz à construção ativa do conhecimento na ação, pois, este "diálogo" reflexivo e os esforços para resolver o problema (re)enquadrado, conduzem a novas descobertas, que impõem uma nova reflexão na ação (Schön, 1983).

O exercício de problematização não é feito *ad hoc*, sendo vários os autores que sugerem diretrizes e modelos para facilitar a reflexão-na-ação (Boud et al., 1985; Discoll, 1994; Brookfield, 1995; Johns, 1995), todos eles muito úteis para fornecer estrutura ao processo reflexivo e à aprendizagem reflexiva, quer no âmbito da formação inicial ou da formação ao longo da vida, sendo que o indicado seria usar o "modelo" adequado à pessoa em formação (Tate, 2004).

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 12.

Quadro 12 - Indicadores da estratégia «Análise crítico-reflexiva das práticas»

O supervisor ajuda o supervisionado a refletir **para a ação** de modo a planificar as suas intervenções
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir **na ação** de modo a estruturar as suas intervenções
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir **sobre a ação** realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação
O supervisor reflete com o supervisionado sobre as metodologias de organização dos cuidados
O supervisor não dá respostas, ajuda o supervisionado a encontrá-las por si
O supervisor respeita o tempo para o supervisionado refletir
O supervisor ajuda o supervisionado a questionar-se sobre situações decorrentes da prática
O supervisor questiona o supervisionado sobre a sua prática

5.5.8. ANÁLISE DE CASOS EM GRUPO

A «análise de casos em grupo» é uma estratégia de grupo potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos (Pinto, 2013; Rocha, 2013; Carvalho, 2012).

Garrido et al. (2008) e Alarcão e Tavares (2010), referem-se à análise de casos como a divulgação de uma situação concreta, real ou hipotética, devidamente contextualizada, com o propósito de proporcionar o raciocínio e reflexão sobre a situação, devendo o supervisado ser auxiliado na fundamentação para a execução, a partilha, a discussão e a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada da situação.

A «**análise de casos em grupo**» emergiu dos dados qualitativos, enquanto categoria que remete para uma das estratégias de SCE utilizada e proposta pelos participantes para o programa de SCE a implementar.

Esta estratégia intrinca noutras, entre as quais as «sessões de supervisão em grupo», que, como analisaremos adiante, era operacionalizada nos serviços onde efetuámos o estudo, através das «reuniões de serviço». Nestas reuniões eram divulgados casos concretos, devidamente contextualizados, para a discussão em grupo, muitas vezes servindo os objetivos da "formação em serviço", uma das estratégias já analisadas. Neste sentido, um dos participantes que desempenha atividades de SC referiu:

Em uso

Neste momento, a formação em serviço, com a discussão de casos, não se está a fazer muito. Faz-se para aí de 3 em 3 meses. Muitas vezes até sou eu que levo o caso, consoante a necessidade da intervenção. (…) Se os enfermeiros não sentem necessidade, trago eu o caso. (…) No geral são bem aceites as discussões de casos, (…) às vezes, é necessário fazer a discussão das coisas em

grupo, porque aquele ponto, aquela dúvida, não é só de um elemento, é do grupo. Portanto, a discussão em grupo ou individual, ambas são importantes. Dependendo do que vamos discutir, podemos usar as duas estratégias. (…) Até porque, determinados pontos são comuns a todos, e se houver contestação, (…) Depois acabam por aceitar bem a discussão em grupo, porque não há melhor contestação do que a fundamentação e a argumentação. (…) Sim, os enfermeiros acabam por aceitar melhor a discussão em grupo porque vêm a sua utilidade. Porque os enfermeiros acabam por cair na rotina (…) Os enfermeiros gostam mais de discutir individualmente porque não se expõem tanto. ***E15CH***

Esta opinião permitiu perceber que nem sempre era consensual a discussão de casos em grupo, na medida em que este "supervisor" entendia que os enfermeiros preferiam discutir individualmente, pois não se expunham tanto perante os colegas. Não nos vamos alongar nesta discussão dado que a aprofundaremos no momento reservado às sessões de supervisão.

A análise de casos surge no contexto dos estudos de Carvalho (2012), Tavares (2013) e Rocha (2014), como uma esta estratégia utilizada em contexto de UCI neurocríticos, pediatria, medicina, obstetrícia, ginecologia e bloco de partos, respetivamente. Nestes estudos, a discussão de casos, hipotéticos ou reais, foi considerada pelos enfermeiros como um bom exercício (Tavares, 2013), na medida em que invocava o pensamento crítico-reflexivo, o que se reflete na qualidade dos cuidados, conduzindo a práticas mais corretas (Rocha, 2014).

No estudo de Carvalho (2012), a discussão de casos também surgiu intrincada com a "formação permanente" e as "sessões de SCE", enquanto estruturas que tinham um papel crucial no desenvolvimento de conhecimentos e competências dos enfermeiros, sendo que, a discussão e a análise de casos efetuada nas "sessões de SCE", foi considerada uma mais-valia, principalmente porque algumas delas eram comuns a vários serviços, tendo por objetivo estimular a reflexão dos enfermeiros.

Neste sentido, referimos que é consensual que a reflexão, discussão e partilha de experiências pela equipa de trabalho, promove o desenvolvimento de conhecimento e habilidades, logo de competências, o que concorre para a eficácia da SCE (Paton & Binding, 2009). Entendemos que através desta estratégia *"(…) os novos conhecimentos ganham significados e os conhecimentos preexistentes ficam mais ricos, mais elaborados, mais estáveis cognitivamente e mais capazes de prover ancoragem cognitiva para outros conhecimentos"* (Valadares & Moreira, 2009, p. 116), o que se traduz em aprendizagem significativa[30]. Por sua vez, Garrido (2004), salienta que atividades de partilha geradoras

[30] Aprendizagem significativa é aquela em que ideias expressas simbolicamente interagem de maneira substantiva e não-arbitrária com aquilo que o aprendiz já sabe (Moreira, 2010, p. 2)

de conhecimento podem contribuir para a modificação de comportamentos, fomentado pela aprendizagem pela experiência.

Relativamente à supervisão proposta os participantes referiram:

Desejado

Uma das formas que eu acho que poderia ser, era fazer estudo de caso (…), não sei com que periodicidade. Mas acho que era importante fazermos estudos de caso para pôr as nossas dúvidas. Era uma boa forma de fazer isso. (…) ***E1RP****; (…) talvez marcar reuniões para discutirmos casos.* ***E13VP****; Nós até já propusemos fazer reuniões periódicas e fazermos apresentação e análise de casos, até para ajudar os colegas que estão mais isolados nas Extensões.* ***E14VP****; Por exemplo, se houver reuniões, as pessoas expõe casos e discute-se qual a melhor maneira de os resolver, entre a equipa. (…).* ***E3RP****; Mas que faz falta ter sessões de supervisão, faz! Até mesmo para discutir casos, (…).* ***E4CH****; (…) os momentos de formação em serviço, nomeadamente com a discussão de casos concretos do serviço, é outra das estratégias. Acho que essas são as básicas.* ***E5RP***

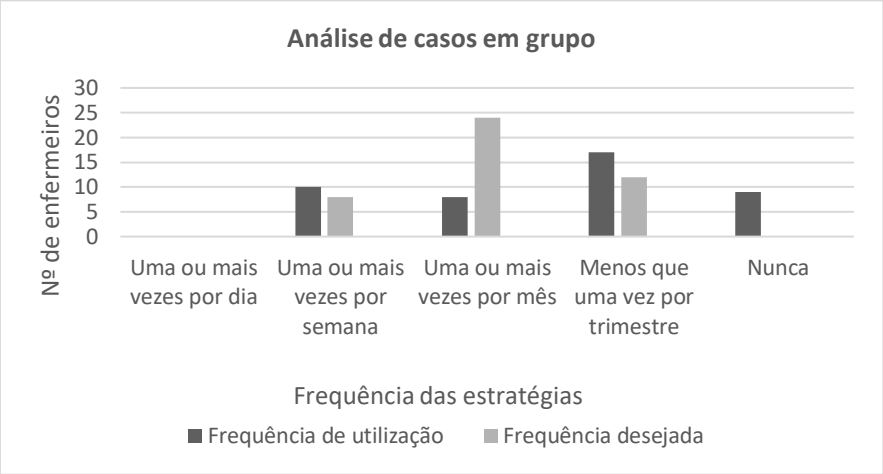
O discurso dos participantes apontou para a importância da realização da análise de casos entre colegas, em contexto da SCE a implementar.

Destacamos o discurso de E14VP, que trazia implícito o entendimento de outros colegas sobre a problemática quando referiu "*nós até já propusemos…",* deixando perceber que o entendimento dos enfermeiros ia de encontro à evidência que aponta a análise de casos como uma oportunidade de partilha, de discussão de situações e problemas que advêm da prática clínica.

Salientaram, também, os benefícios desta estratégia para os colegas que estavam mais isolados, nas Extensões de Saúde, através da qual poderiam desenvolver os conhecimentos e o pensamento crítico-reflexivo. Estas situações clínicas estão contextualizadas e apresentam um grau de complexidade e envolvência sociocultural que exigem uma análise detalhada e profunda (Simões, 2004; Garrido et al., 2008; Alarcão & Tavares, 2010).

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada nos serviços e a frequência desejada pelos participantes, apresentamos, no gráfico 8, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 8 - Análise de casos em grupo: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

Relativamente à frequência da sua utilização, a «análise de casos em grupo» era a 15ª (penúltima) do *ranking*. Nenhum enfermeiro considerou que a utilizava uma ou mais vezes por dia; 22,7% (n=10) consideraram que a utilizavam uma ou mais vezes por semana; 18,2% (n=8) uma ou mais vezes por mês; 38,6% (n=17) menos que uma vez por trimestre; e 20,5% (n=9) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados mostram alguma proximidade com os de Rocha (2013), em que esta estratégia era a 14ª mais frequentemente utilizada em CSP, e a 15ª no contexto hospitalar e serviços de saúde em geral.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu em 12º lugar, entre as 16 estudadas. Nenhum dos inquiridos desejou que fosse implementada uma ou mais vezes por dia; 18,2% (n=8) desejaram que fosse implementada uma ou mais vezes por semana; 54,5% (n=24) uma ou mais vezes por mês; e 27,3% (n=12) menos do que uma vez por trimestre; e, nenhum enfermeiro desejou que esta estratégia nunca fosse implementada.

Estes resultados já são diferentes dos de Rocha (2013), no que respeita aos CSP, já que esta estratégia aparece como 16ª relativamente ao desejado da sua implementação. No entanto, os valores vão-se aproximando quando se trata do contexto de serviços de saúde em geral (15ª) e hospitalar (14ª).

Relevância

Relativamente à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia surgiu na oitava posição. 25,0% (n=11) dos inquiridos consideraram-na totalmente relevante, 54,5% (n=24) muito relevante, 18,2% (n=8) relevante; 2,3% (n=1) pouco relevante; e nenhum dos inquiridos a considerou nada relevante.

Tabela 15 - Análise de casos em grupo: relevância

Análise de casos em grupo	**1** Nada relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**2,3**	**18,2**	**54,5**	**25,0**

Estes resultados apresentaram diferenças dos de Pires et al. (2016), em que esta estratégia foi considerada pelos inquiridos a 11ª mais relevante: 22,7% consideraram-na totalmente relevante, 43,6% muito relevante, 30,0% relevante, 3,3% pouco relevante e 0,4% nada relevante.

Concluímos que esta estratégia foi a 15ª relativamente à frequência da sua implementação, a 12ª quanto ao desejo da frequência de implementação, mas subiu no *ranking*, para oitava, relativamente à relevância que lhe foi atribuída pelos inquiridos.

Em jeito de síntese, são muitos os estudos que apontam que o recurso à análise de casos, com invocação da reflexão, produz uma aprendizagem reflexiva, proporcionando a desconstrução e construção do conhecimento, uma vez que através da análise, discussão e partilha de opiniões, numa perspetiva reflexiva sobre a realidade, possui um grande potencial formativo pelo seu caráter analítico (Simões, 2004; Vieira & Vieira, 2005; Garrido et al., 2008; Alarcão & Tavares, 2010).

Face ao exposto, ao implementar esta estratégia, o supervisor deve auxiliar o supervisado na estruturação do conhecimento e a estabelecer nexo entre factos, para que este consiga equacionar problemas e desenvolver a capacidade de extrapolação na resolução de situações similares, ou seja, ajudá-lo a aprender com a experiência (Carvalho et al., 2004). Neste sentido, é também fundamental que o supervisor promova um ambiente de cooperação com o supervisado, incrementando a contratualização da aprendizagem, de modo a poderem analisá-la conjuntamente, bem como, aos incidentes críticos, usando técnicas de resolução de problemas, sempre que isso se justifique (Carvalho et al., 2004).

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 13.

Quadro 13 - Indicadores da estratégia «Análise de casos em grupo»

O supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados
O supervisor analisa incidentes críticos com os supervisionados
O supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados

5.5.9. ANÁLISE DE CASOS COM O SUPERVISADO

Análise de casos com o supervisado é uma estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos da prática clínica, ou de episódios significativos (Pinto, 2013; Rocha, 2013), que difere da "análise de casos em grupo" por não se realizar em grupo, mas entre o supervisor e um supervisado.

Também nesta situação se pode recorrer a uma situação concreta, real ou hipotética, devidamente contextualizada, com o propósito de proporcionar o raciocínio e reflexão sobre a mesma, devendo o supervisor ajudar o supervisado na fundamentação para a execução, a partilha, a discussão e a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada da situação (Garrido et al., 2008; Alarcão & Tavares, 2010).

A «**análise de casos com o supervisado**» emergiu dos dados qualitativos, enquanto categoria que remete para uma das estratégias de SCE utilizada nos serviços, e proposta pelos participantes para o programa de SCE a implementar.

Tal como a «análise de casos em grupo», também esta estratégia intrinca noutras, entre as quais as «sessões de supervisão individuais», que como analisaremos adiante, é operacionalizada nos serviços, através das «entrevistas com o Enfermeiro Chefe», em que são analisados casos concretos, devidamente contextualizados, entre o supervisor e o supervisado.

Em uso

No geral, são bem aceites as discussões de casos. Mas estou a ser eu a trazer os problemas, porque, vejo que, por vezes, mesmo os registos não estão bem! Portanto, não pode ser! Se não monitorizou o problema, (…), pode-se tirar mais a limpo o que aconteceu. (…) Os enfermeiros gostam mais que a discussão dos aspetos relacionados com o que está nos registos seja feita pessoalmente, e eu também faço individualmente. (…) gostam mais de discutir individualmente

porque não se expõem tanto. (…) Acham que na discussão em grupo a exposição é maior. Por isso, gostam mais individualmente. ***E15CH***

Percebe-se pelo discurso que o "supervisor" analisava casos e situações problema em grupo. No entanto, também o fazia individualmente com os "supervisados", pois entendia que estes se sentiam mais à vontade para a discussão, por não se sentirem tão expostos, focalizando a discussão em casos que suscitassem dificuldades por parte destes últimos, principalmente, quando identificava estas dificuldades através da análise da documentação dos cuidados.

A "análise de casos com o supervisado" é uma estratégia que os enfermeiros propuseram para o programa de SCE.

Desejado

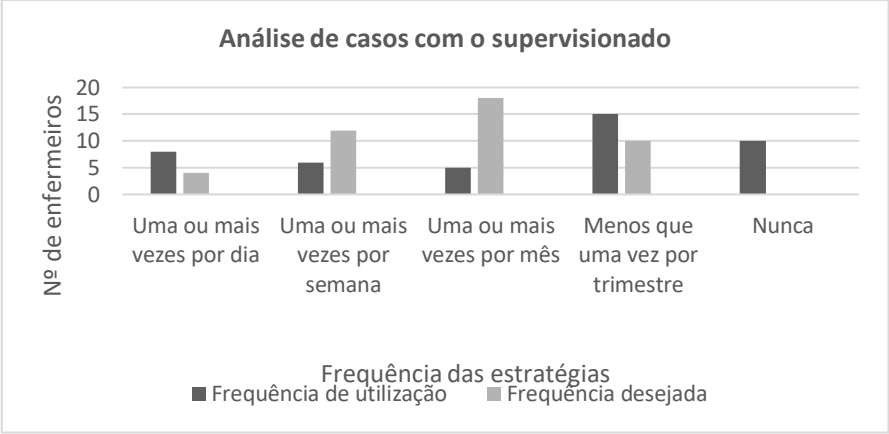
Mas também devia ter aqui o supervisor para conversar e discutir alguns casos. Porque, às vezes, tenho necessidade de discutir alguns casos da prática, saber o ponto de vista de outra pessoa, e saber, da próxima vez, como é que posso agir para melhorar. ***E9VP***

Sob o ponto de vista do discurso, era importante que os enfermeiros pudessem recorrer a esta estratégia, para que, através da análise critico-reflexiva, a discussão e partilha dos seus pontos de vista com o do seu supervisor, sobre um caso em concreto, se sentissem apoiados na estruturação dos seus conhecimentos e no estabelecimento de conexões entre factos, de modo a aprenderem com a sua experiência (Carvalho et al., 2004).

Neste contexto, faz parte do papel do supervisor fornecer as informações que considerar importantes, colaborar e orientar na planificação do caso, promovendo uma visão reflexiva sobre a realidade (Vieira & Vieira, 2005).

No que respeita à análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada nos serviços e a frequência desejada pelos enfermeiros, apresentamos, no gráfico 9, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 9 - Análise de casos com o supervisado: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

Relativamente à frequência da sua utilização, a «análise de casos com o supervisado» é a sexta do *ranking*. 18,2% (n=8) consideraram que era utilizada uma ou mais vezes por dia; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por semana; 11,4% (n=5) uma ou mais vezes por mês; 34,1% (n=15) menos do que uma vez por trimestre; e 22,7% (n=10) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados mostram uma diferença significativa relativamente aos de Rocha (2013), em que era a 12ª relativamente à frequência de implementação em CSP, aproximando-se os nossos resultados dos resultados do seu estudo, relativamente aos contextos dos serviços de saúde em geral (10ª) e hospitalar (9ª).

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo de utilização, esta estratégia surge em 11º lugar. Ou seja, os enfermeiros desejavam que fosse menos frequentemente usada do que era na realidade. 9,1% (n=4) dos inquiridos desejavam que fosse implementada uma ou mais vezes por dia; 27,3% (n=12) desejavam que fosse uma ou mais vezes por semana; 40,9% (n=18) uma ou mais vezes por mês; 27,3% (n=12) menos do que uma vez por trimestre; e nenhum enfermeiro desejou que nunca fosse implementada.

Estes resultados diferiram pouco dos de Rocha (2013) no que respeita aos CSP, já que esta estratégia apareceu como 12ª relativamente ao desejo da sua implementação. Os resultados vão-se aproximando aos do seu estudo, quando se trata do contexto de serviços de saúde em geral (11ª) e hospitalar (10ª).

Relevância

Relativamente à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia surgiu na oitava posição. 25,0% (n=11) dos inquiridos consideraram-na totalmente relevante, 52,3% (n=23) muito relevante, 18,2% (n=8) relevante; 4,5% (n=2) pouco relevante, e nenhum dos inquiridos a considerou nada relevante.

Tabela 16 - Análise de casos com o supervisado: relevância

Análise de casos com o supervisado	**1** Nada Relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**4,5**	**18,2**	**52,3**	**25,0**

Estes resultados apresentaram valores próximos aos de Pires et al. (2016), em que esta estratégia foi considerada pelos inquiridos a nona mais relevante: 31,9 % consideraram-na totalmente relevante, 49,1% muito relevante, 17,2% relevante, 1,8% pouco relevante; e nenhum dos inquiridos a considerou nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia era a sexta relativamente à frequência da sua implementação, mas passou para 11ª quanto ao desejo da frequência de implementação. Contudo, sobe no *ranking*, para oitava, relativamente à relevância que lhe foi atribuída pelos inquiridos.

De modo geral, a análise de casos pode desenrolar-se por duas vias principais: entre o supervisor e o supervisado, ou em grupo. Ambas são importantes e não exclusivas, devendo adotar-se uma ou outra, sempre que os envolvidos assim o entendam. Resta-nos concluir que, qualquer uma delas, é preponderante para o desenvolvimento profissional, uma vez que os momentos de reflexão e análise, por elas proporcionados, são determinantes na formação em enfermagem.

Segundo Pinto (2013) são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 14.

Quadro 14 - Indicadores da estratégia «Análise de casos com o supervisado»

O supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado
O supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores do supervisionado

5.5.10. SESSÕES DE SUPERVISÃO INDIVIDUAIS/ENTREVISTAS COM O ENFERMEIRO CHEFE

"**Sessões de supervisão individuais**" é uma categoria que remete para uma das estratégias em uso nos serviços e proposta para o programa de SCE a implementar. Esta é uma estratégia estruturada e ativa, desenvolvida entre o supervisor e o supervisado, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Ainda que pela exemplaridade, um dos participantes referiu haver no serviço «entrevistas com o enfermeiro chefe[31]», nas quais encontrámos paralelismo com as «sessões de supervisão individuais».

Em uso

Sim, temos estratégias, chegamos a fazer entrevistas com o Enfº Chefe. É claro que isso deve ser estratégia do supervisor. ***E1VP***

O discurso permitiu aferir que o Enfermeiro Chefe exercia atividades de supervisão, incorporando nestas estratégias/atividades inerentes ao papel do supervisor clínico. Neste sentido, inferimos que a estratégia mencionada pelo participante apontou para que estas "entrevistas" fossem uma estratégia em uso com caraterísticas similares às sessões de supervisão individuais (1:1).

Garrido (2004) considera que o supervisor deve conhecer e dar atenção aos supervisados estimulando-os individualmente, proporcionando-lhes a ajuda e orientação necessárias para os motivar a superar as suas expetativas pessoais e profissionais, e, simultaneamente, inspirá-los a ter atitudes apropriadas, interesse e boas práticas.

Em termos da análise do discurso dos participantes, face à supervisão proposta, apenas sete foram de opinião que deviam ser apenas usadas «sessões de supervisão individuais», apresentando, alguns deles a respetiva justificação.

Proposto

Acho que devia ser individual e não de grupo. ***E5RP****; Depende um pouco do problema em si! Há coisas que nos sentimos melhor a partilhar só com uma pessoa (…).* ***E6RP****; (…) há gente que, de certeza, se sentia melhor se fosse individual!* ***E5CH****; (…) há pessoas que não aceitam muito bem a crítica, e sendo à frente dos outros é mais complicado! A crítica, ou o elogio. Não tem que ser crítica realmente…* ***E10CH****; Outros enfermeiros podem gostar mais de sessões de supervisão individuais, porque, em grupo, podem ter mais dificuldade em expor os seus problemas, ou falar daqueles que são mais sensíveis.* ***E14CH****; Para mim, seria mais vantajoso ser um para um. Tenho essa ideia porque há colegas que não estão muito à vontade para partilharem algumas coisas, e se o supervisor fosse alguém em quem confiasse e que fosse amigo, penso que estaríamos mais à vontade. Em grupo é mais difícil falar! È mais difícil expressar emoções! È tudo mais difícil! Pelo*

[31] "Entrevistas com o enfermeiro chefe" - Código "*in vivo*"

menos esta é a minha opinião. ***E2RP****; Se for um supervisor para um supervisado, não deve ser fácil! Também temos que pensar numa estratégia que facilite um bocadinho a vida.* ***E7VP***

Pelo discurso, é evidente que, embora fosse um número pouco expressivo de enfermeiros que manifestaram o interesse em termos da utilização futura das sessões individuais, o argumento que apresentaram foi, fundamentalmente, de natureza pessoal. Ou seja, o constrangimento que alguns profissionais podiam ter em expor-se, em expor as suas opiniões, em partilhar os seus problemas, reflexões e emoções, que envolviam a sua atividade profissional, e até mesmo pessoal.

Estes argumentos estão de acordo com Tavares (2013), em que alguns enfermeiros consideraram este tipo de sessões de supervisão mais eficazes para implementar num serviço de pediatria. Também Bowles e Young (1999) e Milne e Oliver (2000) verificaram que os supervisores e supervisados pareciam preferir as sessões 1.1, talvez por parecerem mais eficazes, minimizando o tipo de ansiedade gerada por outros tipos, o que é comprovado por Barriball et al. (2004), que referiu que alguns dos supervisados podem sentir-se mais à vontade com a supervisão individual (1:1), quando existe um bom relacionamento interpessoal com o supervisor.

Salientamos aqui o facto do participante E7VP considerar que as sessões entre o supervisor e apenas um supervisado, não deveriam ser fáceis. Face à perceção que tivemos na entrevista, esta opinião devia-se ao facto da partilha e discussão não ser tão rica, na medida em que envolvia apenas dois elementos. No entanto, este enfermeiro entendia que tinham que pensar numa estratégia que "facilitasse a vida", no sentido em que era mais fácil reunir duas pessoas, de uma forma regular, do que um grupo de pessoas.

Esta opinião veio reforçar o estudo de Tavares (2013), em que alguns enfermeiros referiram que as sessões 1:1 poderiam ser o mais viável em termos da gestão dos recursos humanos do serviço.

No entanto, encontram-se argumentos em contrário. No estudo de Winstanley e White (2003), quando se reportam à diferença associada ao "tempo a encontrar" para a realização das sessões, concluíram que seria mais fácil a realizadas sessões em grupo, pois permitem que mais funcionários recebam SC de uma vez, havendo, portanto, menos vezes de mobilização de pessoal a interromper seu horário de trabalho, comparativamente com as sessões individuais.

Contudo, grande parte dos estudos apontam para que as sessões de supervisão 1:1 sejam as mais frequentemente utilizadas, em prol das diferentes tipologias (Bowles & Young,

1999; Milne & Oliver, 2000; DoH, 2002; Bégat et al., 2003; Winstanley & White, 2003; Edwards et al., 2005; Fowler et al., 2007).

Inclusivamente, o estudo de Edwards et al. (2005) indicou que o tipo de supervisão mais utilizada eram as sessões 1:1, encontrando-se argumentos como: garantir que os profissionais tenham a oportunidade de compartilhar as aprendizagens em sessões individuais, faz com que eles sintam que o outro pode beneficiar da sua experiência (South Gloucestershire, 2011).

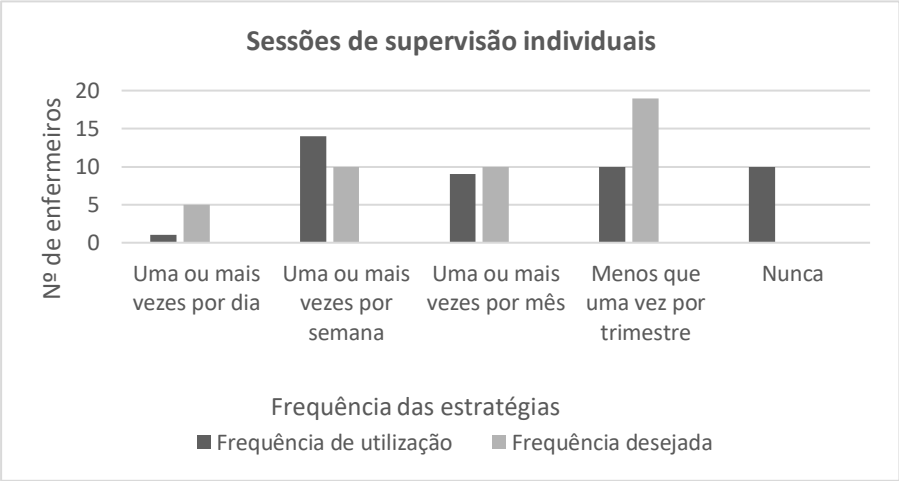
Faugier e Butterworth (1994) sugeriram que as sessões regulares de (1:1), com um supervisor de enfermagem (ou de um departamento académico de enfermagem), constituem a possibilidade de aumentar e intensificar o conteúdo da interação supervisor/supervisado, em situações que, obviamente, o contacto informal existe na estrutura organizacional. Contudo, argumentam que é necessário que se faça alguma coisa para que se implemente uma estrutura formal que permita este tipo de interação, que os autores referem, também, dever ser menos centrada na crítica e mais propícia a um processo construtivo.

Sessões de supervisão individuais (1:1), com um supervisor da mesma disciplina, também foram relatadas por Dewing (1994, cit. por Winstanley & White, 2003), assim como sessões de 1:1 de supervisão pelos pares (Semperingham, 1994, cit. por Winstanley & White, 2003). Os autores referiram, ainda, que a supervisão do grupo de pares também vinha a ser considerada uma estratégia interessante, particularmente entre os enfermeiros da comunidade e *health visitors* (Johnson, 1995, cit. por Winstanley & White, 2003).

A discussão em torno das sessões 1:1, ou outros tipos, não é consensual, pois existem olhares e evidências diferentes sobre este fenómeno. No entanto, acreditamos que todos apresentam argumentos válidos.

Do ponto de vista dos dados quantitativos obtidos, apresentamos, no gráfico 10, alguns resultados objeto da nossa análise.

Gráfico 10 - Sessões de supervisão individuais: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

«Sessões de supervisão individuais» foi considerada a 11ª estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 2,3% (n=1) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 31,8% (n=14) uma ou mais vezes por semana; 20,5% (n=9) uma ou mais vezes por mês; 22,7% (n=10) menos do que uma vez por trimestre; e 22,7% (n=10) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados apontam para alguma diferença relativamente aos de Rocha (2013), em que esta estratégia foi a sexta mais frequentemente implementada em CSP, ou seja, foi considerada mais frequentemente implementada, comparativamente ao nosso estudo (11ª).

Já no que respeita ao contexto hospitalar e serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar) os nossos resultados aproximam-se mais dos de Rocha (2013), cuja estratégia foi considerada a 10ª mais frequentemente implementada.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu na sétima posição. 11,4% (n=5) dos inquiridos desejavam ter sessões de supervisão individuais uma ou mais vezes por dia; 22,7% (n=10) uma ou mais vezes por semana; 22,7% (n=10) uma ou mais vezes por mês; e 43,2% (n=19) menos do que uma vez por trimestre.

Os resultados também foram muito próximos aos de Rocha (2013), no que respeitava ao desejo de implementação em contexto de CSP, hospitalar e serviços de saúde em geral, em que a estratégia surgiu em oitava posição.

Relevância

No que respeita à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia de SC foi considerada a 10ª mais relevante, em que 18,2% (n=8) consideraram-na totalmente relevante, 52,3% (n=23) muito relevante, 27,3% (n=12) relevante, 2,3% (n=1) consideraram-na pouco relevante e não houve nenhum enfermeiro que a considerasse nada relevante.

Tabela 17 - Sessões de supervisão individuais: relevância

Sessões de supervisão individuais	1 Nada Relevante %	2 Pouco relevante %	3 Relevante %	4 Muito relevante %	5 Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**2,3**	**27,3**	**52,3**	**18,2**

Estes resultados aproximaram-se dos de Pires et al. (2016), em que as sessões de supervisão individuais foram a sétima estratégia mais relevante para os enfermeiros, verificando-se, também, no referido estudo, que não houve enfermeiros que a considerassem nada relevante.

Em forma de síntese, embora esta estratégia fosse a 10ª do *ranking,* relativo à sua relevância, e a 11ª relativamente à frequência da sua utilização, os participantes desejaram que esta fosse mais frequentemente implementada, visto que surgiu na 7ª posição neste *ranking*.

Salienta-se, ainda, o facto de, no nosso estudo, esta estratégia ter sido considerada mais frequentemente utilizada (11ª), desejada (7ª) e relevante (10ª), quando comparada com as «Sessões de supervisão em grupo», que, embora, com valores muito próximos, ocupava diferentes posições nos respetivos *rankings* (utilizada-12ª; desejada-8ª; relevante-12ª).

Estes resultados vão de encontro aos de Rocha (2013), onde «sessões de supervisão individuais» surgiu como mais frequentemente implementada nos CSP, contexto hospitalar e serviços de saúde em geral (6ª; 10ª; 10ª), face às «sessões de supervisão em grupo» (16ª; 11ª; 11ª).

O mesmo se verificou relativamente ao desejo de implementação da estratégia «sessões de supervisão individuais», que, em Rocha (2013), surgiu como estratégia mais frequentemente desejada nos CSP, contexto hospitalar e serviços de saúde em geral (8ª, respetivamente), face às «sessões de supervisão em grupo» (15ª; 11ª; 13ª).

Apesar de não haver um método padronizado para as sessões de SCE, White e colaboradores (1998), referiram que a disposição mais comum para a SC assentava na base de 1:1, e este método era visto como o mais eficaz (Butterworth et al., 1997; Nicklin, 1997).

Também o estudo de Edwards e colaboradores (2005) demostrou que a abordagem 1:1 parecia ser a mais comumente adotada para a *Community Mental Health Nurses* (CMHNs), no UK, o que entenderam ser semelhante ao que Kelly et al. (2001) encontraram num estudo na Irlanda do Norte, em que a maior parte dos envolvidos recebiam SC por este método. Edwards e colaboradores (2005) referiram, ainda, que no seu estudo, apenas 17,1% das sessões foram conduzidas em grupos, não tendo a análise estatística revelado nenhuma diferença.

No sentido de contribuir para um modelo de SCE potencializador das competências dos enfermeiros, Lamas (2012), propôs a realização de sessões de SCE individuais, no sentido de responder às necessidades particulares de cada enfermeiro, promover o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, das capacidades de adaptação e da flexibilidade organizacional.

Os profissionais têm a oportunidade de solicitar supervisão1:1, porém, isto deve ser negociado entre o supervisado, supervisor e gestor direto, tomando em consideração as necessidades do serviço (County Durham & Darlington Community Health, 2010). O supervisado, em negociação com o gestor direto, pode escolher um supervisor da mesma área de serviço ou qualquer outro serviço relevante (County Durham & Darlington Community Health, 2010).

Segundo Pinto (2013), são indicadores da estratégia de SCE "sessões de supervisão individuais" as que apresentamos no quadro 15.

Quadro 15 - Indicadores da estratégia «Sessões de supervisão individuais»

O supervisor negoceia as estratégias de supervisão
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para dar sugestões
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões
O supervisor identifica as necessidades de desenvolvimento do supervisionado
O supervisor planeia a sessão seguinte com o supervisionado

5.5.11. SESSÕES DE SUPERVISÃO EM GRUPO/REUNIÕES DE SERVIÇO

"**Sessões de supervisão em grupo**" é uma categoria que se refere a uma das estratégias em uso nos serviços e proposta para o programa de SCE a implementar.

Como já referimos, as sessões de supervisão podem ser organizadas de modo individual ou em grupo (Bowles & Young, 1999; Milne & Oliver, 2000; DoH, 2002; Bégat et al., 2003; Winstanley & White, 2003; Edwards et al., 2005; Fowler et al., 2007; Tveiten, 2005).

As sessões de supervisão em grupo são uma alternativa às individuais, realizadas como uma sessão de grupo com vários supervisados, liderada pelo supervisor (Winstanley & White, 2003), sugerindo a literatura que, grupos pequenos, de quatro até seis pessoas, é visto como um máximo normal (Severinsson, 1995; Bégat et al., 2003; Potter, 2004). Se for supervisão em grupo, sugere-se que cada supervisor seja responsável por não se comprometer com mais profissionais do que aqueles com que possa empenhar-se; e, qualquer pessoa com mais supervisados, deverá garantir que isso não afeta a sua equipa (Potter, 2004).

Porém, com alguma frequência se encontram autores a defenderem outros números, ainda que não muito deferentes, tais como Calder (2005), que sugere seis a oito elementos por grupo. Uma das políticas do NHS (2014) aponta para grupos de três a sete enfermeiros.

Carvalho (2012), aponta para que o número de enfermeiros supervisores clínicos seja igual ao número de equipas do serviço, escolha baseada no princípio de que cada supervisor acompanhe a mesma equipa, os mesmos elementos. Relativamente ao número de enfermeiros que devem estar presentes numa sessão de SCE de grupo, são sugeridos 10 elementos, considerando os participantes que "*(…) mais do que isso também já é muita gente para poderem dar a sua opinião e para poderem estar mais à vontade (…)*" (Carvalho, 2012, p. 88).

As «sessões de supervisão em grupo» são consideradas uma estratégia estruturada e ativa, desenvolvida em grupo de pares, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

No que diz respeito aos dados qualitativos as «**reuniões de serviço**[32]», referidas por vários participantes, no decurso da investigação, foram consideradas uma estratégia em uso, com

[32] "Reuniões de serviço" - Código "*in vivo*"

algumas caraterísticas próprias das «sessões de supervisão em grupo».

Em uso

Normalmente nós estamos aqui nas Extensões, mas fazemos reuniões com os colegas. E, aí, fazem-me supervisão! ***E11VP****; Se calhar, às vezes, a gente também faz isso. Fazemos reuniões para ver essas coisas, para discutir. (…) a Chefe vai-nos orientando em certas coisas, certas mudanças. (…) se tivermos dúvidas, tiramos as nossas dúvidas e discutimos, nas reuniões que fazemos.* ***E10VP****; (…) depois das reuniões de serviço, é sempre melhor em termos de prática, de atenção, de eficácia. É sempre melhor! (…) E não é só a atenção, a relação entre a equipa também melhora com as reuniões de serviço. (…) Nessas reuniões, em termos de relações interpessoais, leva a que a equipa fique muito mais segura, muito mais coesa (…). Quando vejo que são necessárias reuniões de supervisão, faço!* ***E15CH****; Há uns tempos atrás fazíamos reuniões mensais, em que cada um apresentava um tema ou um caso para se discutir na reunião, e acho que era muito benéfico para desenvolvermos os conhecimentos.* ***E17VP****; Mais informais do que formais, mas, pontualmente, temos algumas reuniões de serviço onde se discutem muitos pontos a nível do serviço. O funcionalismo do serviço, e a nível pessoal, às vezes, põem-se vários pontos de vista e várias dúvidas que surjam, e em conjunto tenta-se resolver. (…) cada colega coloca as suas dúvidas, dá a sua opinião, o que é muito enriquecedor. E ajuda bastante! Tanto no crescimento pessoal, como profissional, e até mesmo no relacionamento; (…) as discussões que fazemos nas reuniões contribuem para o melhor relacionamento entre a equipa. (…) pontualmente discute-se, em grupo, quando há algumas situações de maior stress.* ***E2VP***

Relativamente à supervisão desejada, as «sessões de supervisão em grupo» foi a estratégia que reuniu a preferência de mais participantes (18), comparativamente à estratégia «sessões de supervisão individual» (7).

Desejado

Para mim poderia ser supervisão em grupo. (…) ***E10CH****; (…) A gente não tem nada a esconder. Se fizer erros, eu assumo! Não sei, acho que nunca me aconteceu precisar de falar individualmente. Mas se estivesse em sessões em conjunto e precisasse de estar sozinha, a gente pedia - "posso falar consigo em particular?" - e acho que não havia problema nenhum.* ***E10VP****; (…) As sessões de supervisão em grupo podiam ser benéficas porque a dúvida do outro pode ser a nossa. Assim há mais espaço para a partilha, para a reflexão e discussão em grupo, o que pode ser positivo para partilhar as experiências.* ***E14CH****; Em grupo todos nós ganhamos em termos de conhecimento e reflexão. Ao refletir em grupo saem coisas muito boas,* ***E18VP****; Eu acho que as reuniões de supervisão devem ser feita em equipa. Em grupo! (…) Em equipa, com um supervisor e vários supervisados. (…) De resto, a supervisão deve ser feita em grupo. Feita em grupo, porque o nosso trabalho é feito em equipa e não individual!* ***E1CH****; (…) em grupo tiram-se mais dúvidas!* ***E1VP****; Mas, eu acho que, de uma maneira geral, toda a gente devia estar presente nas sessões, toda a gente devia fazer parte desse grupo.* ***E2CH****; É claro que há pessoas que, se calhar, em grupo se sentiriam melhor.* ***E2RP****; (…) Nós não somos muitos na equipa, logo, se tivermos sessões em grupo, o nosso não pode ser muito grande.* ***E3RP****; (…) Mas eu acho que se calhar a supervisão devia ser em grupo. Para poder dialogar e ver pontos iguais e diferentes entre os nossos cuidados, não é? Acho que em grupo, talvez seja melhor para discutir.* ***E5CH****; Aqui talvez as sessões de supervisão em grupo fosse melhor porque éramos mais a falar. Falaria um, falaria outro, nós todos! Essa partilha era muito gratificante, era benéfica para isso, para crescermos todos em termos de conhecimentos.* ***E7CH****; (…) Porque, se calhar, no grupo até há elementos com as mesmas dificuldades, ou muito parecidas. E porque não partilhar experiências? (…) Partilhar experiências pode ajudar alguns elementos a ultrapassar dificuldades que outros colegas já sentiram e que ao partilhar a sua experiência pode ajudar os outros a ultrapassar as suas (…)* ***E4CH***

De facto, embora a generalidade dos autores aponte para que a utilização de sessões individuais prevaleça face às sessões em grupo, os argumentos para a utilização destas últimas são muito importantes, alguns deles, muito bem explicados pelos participantes.

Johnson (1995, cit. por Winstanley & White, 2003), referiu que a supervisão em grupo era considerada uma estratégia interessante, particularmente entre os enfermeiros da comunidade e *health visitors*.

No estudo de Cruz (2012), também vários participantes referiram que as sessões de SC deveriam ser em grupo, pois permite a partilha conhecimentos e reflexão conjunta acerca das suas práticas. Por sua vez, Lamas (2012), como contributo para um modelo de SCE, propôs sessões de SCE em grupo que estimulem a formação e a investigação, e que promovam a reflexão e a discussão da prática clínica, incrementando o trabalho em equipa e a prática baseada na evidência.

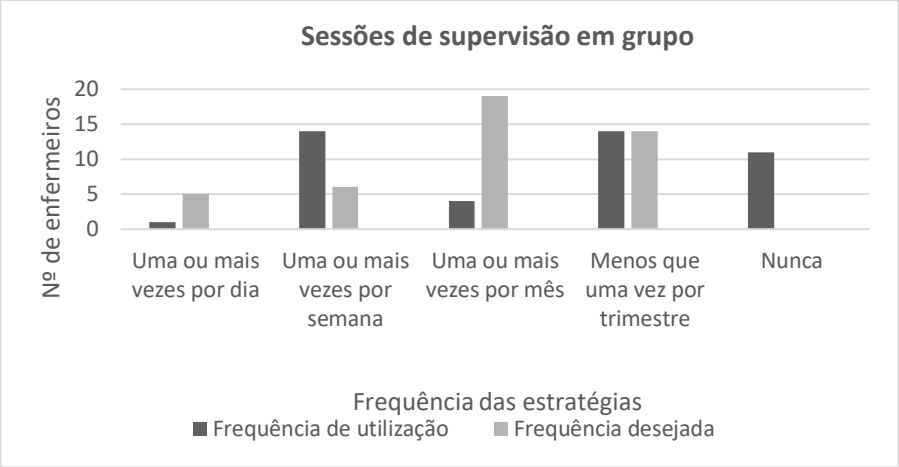
Carvalho (2012), entendeu que, enquanto forma de motivar o conhecimento coletivo, a SCE iniciou-se com sessões de SCE em grupo, com presença dos supervisores clínicos, o supervisor coordenador e os enfermeiros supervisados de cada equipa, tendo a investigadora salvaguardado que, a SCE, não envolveria enfermeiros que não se encontrassem recetivos à mesma.

No estudo de Tavares (2013), os enfermeiros argumentaram a utilização de sessões de SCE em grupo, tendo em conta as condicionantes do serviço: por um lado, no sentido de minimizar as barreiras à SCE identificadas; por outro, nomeadamente em termos de recursos humanos, consideraram que estas eram mais exequíveis, em termos da gestão dos mesmos.

Segundo White et al. (1998), as sessões de supervisão permitem que os enfermeiros experienciem uma sensação de bem-estar, na medida em que se constituem como espaços de partilha de experiências e dificuldades, onde podem percecionar o apoio e suporte dos pares na superação das mesmas, num contexto em que são encorajados a utilizarem processos de reflexão (Sealy, 2006).

Do ponto de vista da análise dos dados quantitativos, apresentamos, no gráfico 11, alguns resultados que foram objeto da nossa análise, no âmbito da estratégia «sessões de supervisão em grupo».

Gráfico 11 - Sessões de supervisão em grupo: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

Esta era a 12ª estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 2,3% (n=1) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 31,8% (n=14) uma ou mais vezes por semana; 9,1% (n=4) uma ou mais vezes por mês; 31,8% (n=14) menos do que uma vez por trimestre; e 25% (n=11) referiram nunca a utilizar.

Estes resultados mostraram alguma diferença, embora não muito expressiva, relativamente aos de Rocha (2013), em que esta estratégia foi a 16ª do *ranking*. Ou seja, surgiu em último lugar relativamente às estratégias mais frequentemente implementada em CSP. No que respeita aos contextos hospitalar e serviços de saúde em geral, surgiu em 11ª posição, em ambos, verificando-se que os resultados obtidos no nosso estudo são mais próximos dos obtidos pela investigadora nestes contextos, do que nos CSP.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu na oitava posição no *ranking*, em que 11,4% (n=5) dos inquiridos desejavam ter sessões de supervisão individuais uma ou mais vezes por dia; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por semana; 43,2% (n=19) uma ou mais vezes por mês; e 31,8% (n=14) menos do que uma vez por trimestre, e nenhum enfermeiro desejava que esta estratégia nunca fosse utilizada.

Estes resultados são diferentes dos de Rocha (2013), onde esta estratégia surgiu na 15ª posição, a penúltima entre as mais frequentemente desejadas.

Os nossos resultados também se apresentam diferentes dos de Rocha (2013) no que respeita ao desejo de implementação em contexto hospitalar, onde era a 11ª mais desejada, e nos serviços de saúde em geral, onde surgiu como 13ª.

Relevância

No que respeita à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia de SC foi considerada a 12ª mais relevante, em que 22,7% (n=10) consideraram-na totalmente relevante, 43,2% (n=19) muito relevante, 29,5% (n=13) relevante, 4,5% (n=2) consideraram-na pouco relevante, e não houve nenhum que a considerasse nada relevante.

Tabela 18 - Sessões de supervisão em grupo: relevância

Sessões de supervisão em grupo	**1** Nada relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**4,5**	**29,5**	**43,2**	**22,7**

Os resultados comprovam os de Pires et al. (2016), em que esta estratégia também surgiu como a 12ª mais relevante, com *scores* muito idênticos aos da presente investigação.

Em forma de síntese, embora esta estratégia fosse considerada em 12ª posição no *ranking,* relativamente à sua relevância, e na 12ª posição relativamente à frequência da sua implementação, os participantes desejaram que esta viesse a ser mais frequentemente implementada, visto que surgiu na 8ª posição do *ranking*.

Relativamente aos resultados quantitativos e qualitativos, salientamos os aspetos que se seguem.

Resultados qualitativos

- Houve mais enfermeiros a mencionarem o uso de sessões em grupo (5) do que individuais (1);
- Houve mais enfermeiros (18) a desejar a implementação de «sessões de supervisão em grupo» do que «sessões de supervisão individuais», estas últimas desejadas apenas por sete participantes.

Resultados quantitativos

- Os resultados obtidos relativamente às «sessões de supervisão individuais» (utilizada-11ª; desejada-7ª; relevante-10ª) foram consideradas mais frequentemente utilizadas, desejadas e relevantes do que as «sessões de supervisão em grupo» (utilizada-12ª; desejada-8ª; relevante-12ª). Embora estas

diferenças não fossem muito expressivas, estes resultados não foram muito consonantes com os qualitativos;

- Os resultados, não sendo idênticos, são consonantes com os de Rocha (2013), pois também no seu estudo, no que respeita à frequência de utilização das «sessões de supervisão em grupo», estas encontram-se numa posição inferior no *ranking* relativamente aos CSP (16ª), contexto hospitalar e serviços de saúde (11ª), respetivamente, quando comparadas com a estratégia «sessões de supervisão individuais» em contexto de CSP (6ª), serviços de saúde e contexto hospitalar (10ª), respetivamente;
- Relativamente ao desejo de utilização, a estratégia «sessões de supervisão em grupo» foi menos frequentemente desejada nos CSP, contexto hospitalar e serviços de saúde em geral (15ª; 11ª; 13ª, respetivamente), do que a estratégias «sessões de supervisão individuais» (8ª; respetivamente).

Os nossos resultados são dissonantes dos de Johnson (1995, cit. por Winstanley & White, 2003), que concluiu que, em contexto de CSP, as sessões de supervisão em grupo eram mais frequentemente implementadas do que as sessões de supervisão individuais.

No entanto, Winstanley (2000) referiu que os enfermeiros da comunidade que recebem sessões de grupo, sentiram que o aconselhamento e apoio dado pelo supervisor foi mais eficaz do que aqueles que receberam SC em sessões *one-to-one,* e que houve benefícios adicionais em ter outros membros do grupo de supervisão, que também eram capazes de oferecer conselhos e apoio.

Lamas (2012) também se referiu às sessões de SCE de grupo como facilitadoras da explanação de dúvidas, da troca de experiências e da discussão de casos clínicos, estimulando a equipa para a formação contínua e investigação, procurando que os profissionais desenvolvam a sua prática com base na melhor evidência científica.

No estudo de Tavares (2013), os participantes referiram que a discussão conjunta de situações problema em grupo seria benéfica. Outros autores sugerem que a supervisão em grupo se torna mais benéfica, na medida em que proporciona aos supervisados um aconselhamento e apoio mais eficaz, por parte do supervisor, facilitando a coesão e a colaboração entre supervisados e supervisor (Winstanley & White, 2003; Barribal et al., 2004).

Por sua vez, Rocha (2014), considerou que esta estratégia constitui uma inestimável valia para a enfermagem, conferindo uma oportunidade singular de reflexão e partilha de opiniões e/ou sugestões relevantes no percurso formativo dos enfermeiros e na otimização da qualidade e segurança das práticas.

Não obstante, não podemos deixar de referenciar a opinião de um dos participantes, que, ainda que pela exemplaridade, encerra um aspeto muito importante a considerar nas sessões de SC.

As sessões de supervisão em o grupo, quando há líderes e manipuladores, podem funcionar para outros fins que não aqueles que estão propostos. **E7RP**

McNicoll (2008), no âmbito da supervisão de pares, entendeu que, não obstante este processo ter muitas vantagens, envolve também uma série de potenciais armadilhas:

- pode faltar estrutura aos grupos e degenerar em sessões de conspiração, de "conversa fiada" ou de discussões improdutivas;
- pode haver uma profusão de "conselhos" e outras respostas menos de úteis;
- o processo pode dilui-se, a intriga pode ser abundante, levando à faltar rigor nas sessões;
- as habilidades clínicas dentro do grupo podem não ser suficientes para lidar com as questões de supervisão envolvidas;
- as pessoas podem sentir-se criticadas ou desmoralizadas;
- uns indivíduos podem dominar e outros tornarem-se mais passivos.

Os autores salientam ainda que:

- as exigências sobre o tempo dos profissionais para as sessões podem ter impacto sobre atendimento;
- personalidades e/ou dinâmica de grupo podem ter impacto sobre a qualidade da supervisão;
- garantir que há tempo suficiente para satisfazer as necessidades de supervisão do grupo pode ser um desafio.

Outros autores também têm sugerido que as sessões de SC podem ser utilizadas como fórum para um "ambiente de ofensas" e não para refletir construtivamente (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Paunonen-Ilmonen, 2002; Johns, 2003; Butterworth & et al., 2008).

São várias as organizações que referem que as sessões de SC não devem ser:

- sessões de formação em serviço ou ensino formal;
- sessões de "queixas"
- aconselhamento pessoal;
- *coaching* (Beech, 2013).

Segundo Pinto (2013) são indicadores da estratégia de SC "sessões de supervisão em grupo" as que apresentamos no quadro 16.

Quadro 16 - Indicadores da estratégia «Sessões de supervisão em grupo»

O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões
O supervisor promove a reflexão entre supervisionados
O supervisor promove a troca de experiências entre supervisionados
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para darem sugestões
O supervisor planeia a sessão seguinte com os supervisionados

5.5.12. TIPOLOGIA ECLÉTICA

«**Sessões de supervisão ecléticas**» foi uma categoria que emergiu do discurso dos participantes e que remete para uma das estratégias que, embora não esteja em uso nos serviços, é proposta pelos enfermeiros para programa de SCE.

Da análise do discurso verificou-se que um número significativo de participantes (18), igual ao que defendeu sessões em grupo, defendeu a implementação de uma tipologia mista de SCE, que denominámos de "eclética", na medida em que incorpora sessões de SCE em grupo e sessões de SCE individuais. Denominámos esta subcategoria por «sessões de supervisão ecléticas».

Desejado

O ideal era as sessões serem mistas. Que certas questões fossem analisadas individualmente, outras em grupo. ***E18VP****; Acho que, se calhar, mistas (…) algumas sessões individuais e outras em grupo.* ***E5RP****; Também poderia ser um sistema misto.* ***E6RP****; Uma estratégia mista!* ***E7RP****; (…) Sim, um sistema misto era o ideal.* ***E8RP****; (…) o modelo de supervisão pode ter sessões de supervisão em grupo e outras individuais. Assim satisfaziam-se as necessidades de todos.* ***E14CH****; (…) Portanto, a discussão em grupo ou individual, ambas são importantes. Depende do que vamos discutir, podemos usar as duas estratégias. (…) Fazer um processo misto, completa-se. Mas individualizado poderá não correr bem, não ter aquela grandeza… Pretende-se que haja grandeza na equipa. Em termos de desenvolvimento de competências, tem que haver algo de que toda a equipa beneficie Por isso, deve ser em grupo. Individual só para aspetos mais particulares.* ***E15CH****; Sim, um processo misto nas sessões de supervisão.* ***E16VP***

Também o estudo de Tavares (2013) apontou que é benéfica uma supervisão mista, embora em moldes diferentes da que referiram os nossos participantes. Ou seja, uma supervisão da prática individualizada, mas com sessões de supervisão em grupo, entre pares, com supervisores e supervisados.

O argumento para o benefício da implementação das sessões em grupo foi muito bem ilustrado pela opinião do participante E5RP.

(…) muitas vezes a partilha em grupo, em termos de conhecimentos dos problemas dos outros, faz-nos refletir sobre os nossos próprios problemas (…) ***E5RP***

Neste sentido, a partilha, a discussão e a reflexão de temas em grupo, e as aprendizagens que daí decorrem para a equipa, foram consideradas insubstituíveis para os participantes, conforme se pode verificar nas suas opiniões.

Desejado

Eu acho que deve ser feito isso, a discussão, com o grupo. Até para haver a possibilidade de serem discutidos aspetos importantes com o grupo, e partilharem. Enquanto que, noutros momentos, das outras vezes, é muito pessoal! Devem haver momentos individuais, do supervisor para o supervisionado, mais individualizado. Depois, pretende-se é que seja feita uma reflexão em conjunto. ***E16CH****; (…) misto, em que houvesse algum momento em que estivessem só os dois e depois outro momento em que estivessem mais. Porque é mais fácil aprender quando se está em grupo.* ***E1RP****; Evidentemente que o que diz respeito ao serviço diz respeito a toda a gente e, portanto, talvez em grupo* ***E2RP****; Em grupo podíamos discutir, refletir em conjunto sobre aspetos comuns* ***E8RP***

Estas opiniões reforçam os estudos de Tavares (2013) e de Barribal et al. (2004), em que, não havendo propriamente um consenso em relação ao tipo de supervisão mais benéfico, os participantes identificaram pontos fortes e pontos fracos, quer nas sessões individuais (já referidos anteriormente), quer nas sessões em grupo.

A supervisão em grupo proporciona maiores oportunidades de reflexão sobre as práticas, sob diferentes perspetivas, e é crucial para uma melhor compreensão dos papéis e responsabilidades de cada um (Barribal et al., 2004; Tavares, 2013).

Em contrapartida, referiram-se à supervisão em grupo como sendo mais difícil de gerir, e que o foco das sessões se dissipa relativamente àquelas que são as necessidades do supervisado, referindo, ainda, que é mais difícil estabelecer uma relação de confiança e de abertura numa situação de grupo (Barribal et al., 2004).

No que respeita aos argumentos para a realização das sessões individuais, consideramos que estes são muito importantes, pois podem relacionar-se com aspetos de confidencialidade e até mesmo éticos, no que diz respeito à privacidade do supervisado, ao analisar com o seu supervisor, alguns temas de natureza mais pessoal, “mais específicos”, “mais sensíveis”, “mais melindrosos”, que podem, inclusivamente, envolver os aspetos de natureza “emocional”, os quais eles entendem que “não devem” ser discutidos nas sessões em grupo, pois os limites da confidencialidade podem ser mais difíceis de manter, usando informações da supervisão para efeitos indevidos, inclusivamente, em processos de avaliação de desempenho.

Desejado

Relativamente às sessões, sim, algumas coisas a discutir são pessoais, por isso, acho que devia ser um sistema misto, com sessões individuais e em grupo. ***E14VP****; (…) porque há situações que não podem ser expostas numa reunião, ou que não devem! Não é não podem, é não devem! (…). Há coisas que são mais privadas, mais particulares, e que a pessoa até nem está á vontade para falar à frente dos colegas. (…). Para analisar aspetos mais sensíveis nas sessões, deve ser feito individual. Nestes casos, as reuniões entre o supervisor e o supervisado devem ser individuais.* ***E1CH****; (…) é assim, havendo a sensatez de numa, ou outra situação, em que haja um assunto mais melindroso, que se calhar mexe mais com a pessoa a nível pessoal, - digamos assim -, podiam fazer-se sessões individuais.* ***E4CH****; Mas, quando fosse para falar nas reuniões [sessões de supervisão], gostava de trocar de vez em quando… estar com o supervisor no grupo. Mas, de vez em quando, poder ter momentos para falar individualmente porque há coisas mais sensíveis que não devem ser tratadas em grupo.* ***E15VP****; Talvez se houvesse um sistema misto, de um supervisor para supervisado para falar sobre aspetos mais específicos e eventualmente em grupo para discutir aspetos mais gerais (…) porque eu acho que também a supervisão tem que envolver, se assim for necessário, a parte pessoal e emocional. Isso sim, talvez um para um seria mais fácil.* ***E2RP****; Eu acho que deviam ser momentos mistos, individuais e em grupo. Porque, se calhar, há coisas que eu não me sentia à vontade de partilhar com o supervisor na presença de colegas.* ***E6VP****; Acho que as sessões de supervisão devem ser em grupo e, pontualmente, se necessário, individuais. (…) podíamos ter sessões individuais para tratar aspetos mais pessoais.* ***E8RP****; As sessões individuais também são importantes para se discutirem aspetos mais pessoais.* ***E7RP***

Estas opiniões vêm comprovar o estudo de McNicoll (2008), cujos participantes também se referiram a aspetos desta natureza, enquanto fatores a tomar em conta no processo de SC.

Entendemos referir, pela sua exemplaridade, a opinião do participante E9VP. Desenvolvendo a sua atividade diária numa Extensão de Saúde, onde o isolamento, a distância relativamente aos colegas e chefia e a acessibilidade à supervisão, envolve uma atenção particular, este enfermeiro conseguiu explicitar as suas motivações para a preferência de sessões mistas de SC, particularizando a forma como estas devem ser operacionalizadas.

Sim, eu gostava de vir cá à Sede e estar com os colegas e tirar as minhas dúvidas nas reuniões de supervisão em grupo com os colegas. Mas também gostava que o supervisor fosse lá, à Extensão, reunir comigo, para discutir sobre as minhas dúvidas, os meus casos (…). Talvez intercalar as reuniões individuais com as reuniões de grupo. ***E9VP***

A combinação de sessões individuais com sessões de grupo tem-se vindo a mostrar uma prática adotada em políticas de SC.

No sentido de contribuir para um modelo de SCE que tem em vista *"…apoiar individualmente o enfermeiro no desenvolvimento do seu pensamento crítico-reflexivo e da capacidade de adaptação e flexibilidade, tornando-o capaz de planificar os cuidados de enfermagem, gerir o tempo e definir prioridades, dando resposta às necessidades individuais de cada doente*", o estudo de Lamas (2012) apontou como "essencial" desenvolver sessões individuais de SCE, mas também sessões de grupo (2012, p. 80). As primeiras, no sentido de colmatarem as necessidades individuais dos enfermeiros,

incrementar a sua reflexão sobre a prática, contribuir para a flexibilidade, adaptação e gestão dos cuidados, e para o suporte. As segundas, no sentido de contribuírem para a formação e investigação, para a reflexão sobre casos clínicos, para a prática baseada na evidência, e para o trabalho em equipa. Também o estudo de Carvalho (2012) apontou para a realização destes dois tipos de sessões.

No estudo de Edwards et al. (2005) foram utilizadas sessões individuais por 73% (n=159) dos profissionais e sessões de grupo por 17% (n=37); mas, também foi utilizada uma combinação dos tipos 1:1 e de sessões de grupo por 8% (n=17) dos profissionais.

O estudo de Winstanley e White (2003), indicou que os supervisados em sessões de grupo sentiram que o aconselhamento e apoio dado pelo supervisor foi mais eficaz do que aqueles que receberam CS em sessões 1:1. Alguns supervisados referiram que os outros membros do grupo de supervisão ofereceram conselhos coletivos e apoio, com todos os problemas discutidos na sessão.

Já Barribal et al. (2004), referiram que os supervisados podiam sentir-se mais à vontade com a supervisão individual.

McNicoll (2008), referiu que as sessões em grupo podiam ser mais ameaçadoras do que as sessões 1:1, pois as pessoas podem não se sentir seguras o suficiente para expor a sua prática num ambiente de grupo. O autor também concluiu que, se faltar estrutura ao grupo, as sessões mais facilmente degeneram em conversas improdutivas, podendo haver: um excesso de conselhos e respostas sem utilidade; as habilidades clínicas do grupo podem não ser suficientes para lidar com as questões de supervisão; o processo pode diluir-se, pode haver conluio e falta de rigor nas sessões; as pessoas podem sentir-se criticadas ou desmoralizadas; os limites da confidencialidade podem ser mais difíceis de manter; as personalidades e/ou dinâmicas de grupo podem ter impacto sobre a qualidade da supervisão; uns indivíduos podem dominar e outros tornarem-se passivos; e pode não ser fácil garantir que haja tempo suficiente para satisfazer as necessidades de supervisão do grupo.

A participação em sessões de supervisão também tem sido descrita como *stressante*, especialmente quando decorrem em grupo, sendo este *stress* relacionado com experiências desconfortáveis de vulnerabilidade pessoal e profissional, levando a que alguns enfermeiros se sintam expostos ao compartilharem as suas reflexões com o grupo (Berg & Hallberg, 2000; Cleary & Freeman, 2005; Olofsson, 2005).

Contudo, no estudo de Soares (2004), os enfermeiros não consideraram nada importante "ter vergonha de confessar suas necessidades" e "não quererem que ninguém soubesse das suas necessidades".

Em contraste, há autores que apontam como benefícios de sessões de grupo a prática reflexiva (McGrath & Higgins, 2006), a ação de aprendizagem como um meio para o desenvolvimento de uma estratégia de enfermagem (O'Halloran, Martin, & Connolly, 2005), o papel de supervisores e facilitadores clínicos na promoção do trabalho baseado em aprendizagem (McCormack & Slater, 2006), supervisão do grupo por telefone (O'Driscoll, et al., 2006) e o companheirismo crítico como um processo de aprendizagem e desenvolvimento, que tem por objeto apoiar uma cultura de questionamento crítico (DoH, 2006; Gribben & Cochrane, 2006).

Winstanley e White (2003) referiram que pode haver ganhos em usar a técnica de responsabilidade compartilhada de supervisão em alguns ambientes de trabalho, e que, para se obterem benefícios da implementação da SCE nos CSP, as sessões de supervisão, quer sejam individuais, quer sejam em grupo, devem ser mais frequentemente realizadas do que em contexto hospitalar.

Borders (2012), referiu-se às vantagens quer da supervisão individual, quer em grupo: a primeira, permite uma atenção mais individualizada ao supervisado, um maior *feedback*, sendo mais desafiadora, permitindo uma relação de maior proximidade; a segunda, permite a partilha de múltiplas perspetivas, promovendo mais oportunidades formativas.

O mesmo autor faz referência a um conceito emergente na literatura "*triadic supervision*", ou seja "supervisão triádica", como forma de complementar as duas anteriores, mais comumente utilizado na área da psicologia e "*counselor education programs*" (Lonn, 2014).

A supervisão triádica é definida como uma sessão conduzida por um supervisor, com dois supervisados que recebem supervisão simultaneamente (Borders, et al., 2012; Berger, 2014; Lonn, 2014). Esta requer o uso de técnicas que são diferentes de modalidades individuais ou de grupo, embora a triádica *"…combine elementos da supervisão individual, de grupo, e da supervisão em pares…*" (Berger, 2014, p. 1). A supervisão triádica exige que os supervisores sejam bem treinados para usar o formato de forma efetiva.

Embora não tenhamos encontrado evidência sobre este tipo de supervisão na área da enfermagem, este pode constituir uma possibilidade a explorar.

Independentemente da tipologia de sessões de SC, o importante é que estas facultam que os enfermeiros possam participar ativamente no desenvolvimento da prática, aumentando

a sua resiliência pessoal e reduzindo a sua vulnerabilidade perante a adversidade do local de trabalho (Jackson, et al., 2007, cit. por Koivu, Hyrkas, & Saarinen, 2011).

No estudo de Cruz (2012), os enfermeiros entenderam que as sessões de SC eram necessárias, pois, constituíam uma parte importante da rotina de trabalho, permitiam a discussão de problemas de trabalho de forma construtiva, facilitavam a prática reflexiva, transmitiam motivação, permitiam desenvolver competências e a qualidade dos cuidados, e as sessões com o supervisor clínico permitiam o aprofundamento do conhecimento e a tornarem-se melhores profissionais.

5.5.12.1. Caraterísticas das sessões de supervisão

Relativamente a muitas das caraterísticas das sessões de SC, não existe um acordo sobre um modelo universal, havendo uma gama considerável de práticas relativamente à frequência e tempo gasto nas mesmas (Sexton-Bradshaw, 1999; Bégat *et al*., 2003).

No que respeita às sessões de SC, encontra-se na literatura um conjunto de aspetos a ter em conta no seu planeamento, muitos dos quais foram abordados pelos participantes, donde emergiu a categoria «**caraterísticas das sessões de SCE**», que remete para aspetos da "forma" e do "conteúdo", inerentes aos procedimentos em uso e expostos, relativamente às sessões de SCE. Assim, relativamente à forma, identificaram-se as subcategorias: «*timing*», «frequência», «duração» e «local». Relativamente ao conteúdo, identificou-se a subcategoria: «conteúdo» (fig. 37).

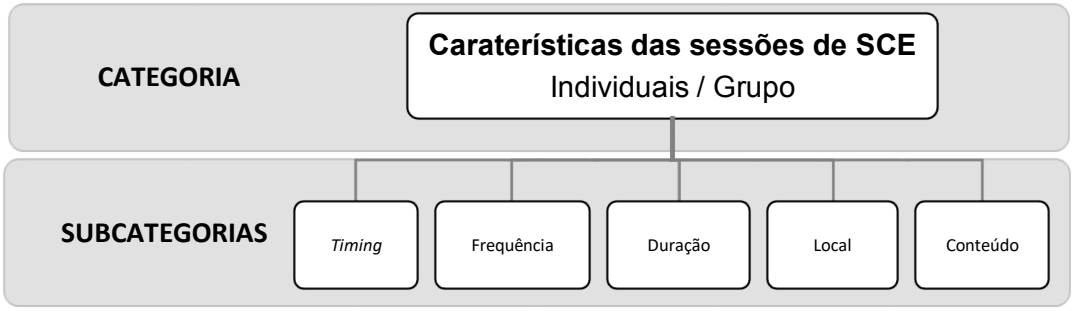


Figura 37 - Caraterísticas das sessões de SCE

I. *Timing*[33]

Esta subcategoria refere-se ao momento em que as sessões acontecem no tempo.

Sendo que, como já referimos, encontrámos semelhanças entre as "reuniões de serviço" realizadas no contexto em estudo e as "sessões de supervisão em grupo", faz-nos sentido lançar um olhar sobre os *timings* habituais de realização destas "reuniões", ainda que, focado na exemplaridade do discurso de um dos participantes.

Em uso

Nós, quando temos reuniões, normalmente é fora das horas do serviço. Isto, no meu caso. Os colegas que fazem tardes, … nós como fazemos manhãs é sempre fora das horas do serviço. Acho que, por um lado, é melhor, porque estamos mais tranquilos nas reuniões. Ao menos, enquanto estamos, estamos tranquilos! Porque, estarmos numa reunião e estarem sempre a solicitar para descermos, para fazermos qualquer coisa, não é muito agradável! ***E12CH***

Face ao discurso, percebemos que as reuniões de serviço eram realizadas à tarde, após terminar o turno da manhã. Portanto, realizam-se fora das horas de serviço deste, e de outros enfermeiros que trabalham neste turno. Porém, eram realizadas durante as horas de serviço dos enfermeiros que trabalhavam no turno da tarde. Neste sentido, o participante considerou melhor para os enfermeiros, que as reuniões se realizassem fora das horas de serviço, pois permitia-lhes estarem mais tranquilos, considerando que não era agradável serem permanentemente interrompidos e solicitados a desempenhar as atividades inerentes às suas práticas clínicas.

Neste sentido, propuseram que, no futuro, as sessões de SCE se realizassem ao final da manhã e ao final da tarde, para os enfermeiros que trabalham nestes turnos, respetivamente.

Desejado

(…) num horário que permitisse… ou ao fim do turno, porque estamos já mais livres. Se calhar, seria o melhor. Os da manhã, ao fim da manhã, quando está aquele período mais calmo. Os da tarde, ao fim da tarde, por exemplo. ***E12CH***

Não encontrámos estudos que nos permitissem confrontar esta opinião. Todavia, o facto de as sessões serem realizadas em momentos que não coincidam nem interfiram com a prestação de cuidados dos enfermeiros, é um aspeto muito importante a ter em consideração.

[33] *Timing* - é o momento em que algo acontece ou o espaçamento dos eventos no tempo. "*Timing*" também significa o rastreamento do tempo quando um evento está a acontecer no tempo. In Babylon 10. [consult. 2015-04-07]. Disponível em: http://dicionario.babylon.com/ingles/ingles/

Winstanley e White (2003) salientaram as diferenças associadas ao "tempo a encontrar" para as sessões, referindo que, as de grupo, sendo bem planeadas, permitem que mais profissionais recebam SCE de uma vez, havendo menos pessoal a interromper o horário de trabalho. Daqui subentende-se que, apesar das sessões em grupo poderem ser mais facilitadoras, está subjacente a possibilidade destas se realizarem no decurso do horário de trabalho, logo das sessões interferirem com a prestação de cuidados.

No estudo de Cheater e Hale (2001), uma significativa parte dos momentos supervisivos foram realizados fora do horário laboral, sem que o tempo utilizado fosse fornecido ou contabilizado como horas de trabalho. Após esta experiência, os enfermeiros que participaram no estudo consideraram que não era viável a realização de sessões de supervisão sem que o tempo despendido fosse contabilizado como tempo de serviço.

Todd e O'Connor (2005) referiram que era importante o provimento de tempo para sessões de supervisão durante o horário de trabalho, pelo menos uma a duas horas por mês.

No estudo de Cruz (2012), apesar de alguns dos participantes considerarem que as sessões deviam ser realizadas no "tempo de serviço" dos enfermeiros, houve argumentos em contrário, considerando que, perante profissionais motivados e envolvidos, as sessões de SCE podiam ser em "*tempo dos enfermeiros*", "*fora do horário de trabalho*", e, inclusivamente, alguns referiram que para os enfermeiros chefes podia ser feito "*de tempo voluntário*".

Com Cross et al. (2010), os enfermeiros revelaram satisfação em terem um tempo específico, fora do horário de trabalho, e sem interrupções, para a realização das sessões, pois, o facto de lhes ser concedido esse tempo, permitiu-lhes alhearem-se do trabalho diário, parar, e dedicarem-se exclusivamente a refletir sobre as suas práticas, partilharem experiências, opiniões, e discutirem situações de stress experimentadas.

O participante E15CH, referiu-se a um aspeto significativo no que respeita ao *timing* para a realização das sessões, ainda que pela exemplaridade, considerando que, num contexto de adoção do sistema de "sessões mistas", deveriam ser efetuadas em primeiro lugar sessões em grupo, no sentido dos supervisados adquirirem algumas competências e amadurecimento individual, seguidas das individuais.

Fazer as sessões de supervisão em grupo primeiro. Assim já adquirimos competências para amadurecimento individual. Se for primeiro individualizado, parece que fica muito restrito. Parece que há uma estagnação. E depois fazer individualizado para aspetos mais pessoais. ***E15CH***

Embora não tenhamos encontrado evidência que comprove ou refute esta opinião, consideramos que pode ser um aspeto pertinente a considerar, pois, muitas vezes, "o

outro" ilumina o nosso caminho, ajudando a (des)ocultar as nossas "zonas de não saber". Assim, consideramos poder ser pertinente ter sessões em grupo, no sentido de aferirmos as nossas opiniões, dificuldades e potencial de desenvolvimento, podendo, posteriormente, fazer uma análise destes, em particular, com o supervisor.

Consideramos ser aqui o momento para mencionar um aspeto que não foi abordado de forma explícita na nossa investigação, ainda que o tenha sido implicitamente, que tem a ver com o facto de que este *timing* de realização das sessões pode envolver, ou não, custos adicionais, no sentido em que o tempo disponibilizado para a supervisão pode ser considerado tempo de serviço, o qual é pago, ou pode não ser assim considerado, e, neste caso, não pago.

II. Frequência[34]

Esta subcategoria remete para o número de vezes em que devem ser realizadas as sessões de SCE, em determinado período de tempo. Isto é, a sua periodicidade, para que daí resultem ganhos para os enfermeiros.

Relativamente às práticas existentes, no que dizia respeito á frequência das reuniões de serviço, os participantes referiram:

Em uso

Há uns tempos atrás fazíamos reuniões mensais (…) ***E17VP****; Costumamos, às vezes, fazer uma reunião por mês. Agora, por acaso, não temos feito. Mas costumamos fazer, e vai-nos orientando em certas coisas, certas mudanças.* ***E10VP****; (…) mediante a disponibilidade do serviço, a gente vai fazendo uma reunião mensal.* ***E2VP****; E faziam-se sessões em grupo, aqui na sede, de 2 em 2 meses.* ***E9VP***

Os participantes referiram-se às reuniões realizadas nos serviços como sendo efetuadas, em função da disponibilidade, mensalmente, ou de dois em dois meses. No entanto, face à perceção que tivemos durante as entrevistas, já houve alturas em que estas reuniões se realizavam com maior frequência, isto dado a situação conjuntural que estamos a atravessar.

Relativamente à frequência desejada de realização das sessões de SCE, eles expuseram diferentes opiniões.

O DoH (2002) refere que devem ser tomadas decisões sobre a frequência com que as sessões de SC devem ocorrer. Não obstante esta entidade considerar que, normalmente, a maioria dos profissionais concordam que seja uma vez por mês, refere que é melhor ter

[34] Frequência – *Refere-se à qualidade de frequente; qualidade do que ocorre várias vezes ou regularmente; repetição; reiteração*. (Porto Editora, 2015)

um acordo individual que possa ser respeitado, aspetos que estão expostos na opinião do participante.

Desejado

Mas têm que estar planeadas [sessões de supervisão]! Há sempre um número de pessoas que não pode estar presente, mas, eu não tenho culpa de os outros não poderem estar presentes. Até, se calhar, há outros profissionais que não aceitam muito bem. ***E15CH****.*

Do discurso salienta-se a acuidade deste participante ao perceber da importância do planeamento das sessões, até pela importância que os envolvidos estejam presentes. Pois, como é referido por Munson (2002), são muitos os profissionais que não têm consciência do impacto negativo que a falta de planeamento, os atrasos, o cancelamento das sessões, bem como intervenções pouco pertinentes, têm na SCE. Aliás, as organizações servem-se, frequentemente, deste argumento, para não adotarem a SCE. Contudo, há estudos que concluíram que os custos da SCE são mínimos, quando comparados com os benefícios e a produtividade conseguidos com a sua implementação (Munson, 2002).

A literatura coloca em evidência a grande mescla e falta de consensos em torno da implementação da SCE. Inclusivamente, no que respeita à frequência das sessões (Wright, 2012), o que Winstanley e White (2003) não consideram ser um problema, pois, entendem, que não deve haver regras duras nas organizações sobre estes aspetos, as quais poderiam criar tensões, argumentando que a flexibilidade devia prevalecer.

No que respeita às opiniões dos nossos participantes, conseguimos também identificar uma certa “mescla”, eventual “falta de consenso”, o que melhor se denominaria por “diferença de perspetivas”, o que nos leva a salientar a atenção que deverá estar presente na fase inicial de implementação da SCE, no sentido de aferir estas opiniões.

Apresentamos na fig. 38 as frequências propostas pelos participantes, para as sessões de SCE.

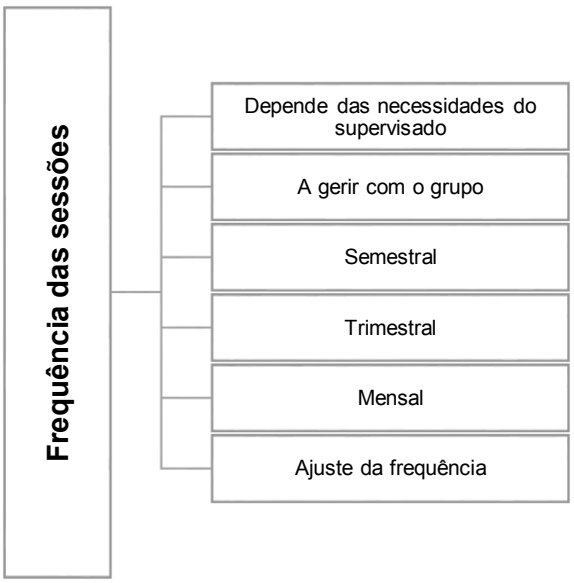


Figura 38 - Frequência proposta para as sessões de SCE

a) *"Depende das necessidades do supervisado"*[35]

As necessidades do supervisado são, para alguns dos participantes, o elemento a considerar, quanto à tomada de decisão sobre a frequência das sessões de SCE.

> *Se está estipulado que a sessão de supervisão é daqui a um mês, ou daqui a 15 dias, isso também dependerá muito do supervisado, do seu desenvolvimento. (…). Entretanto, o espaçamento entre as sessões também depende, essencialmente, do supervisado, do conhecimento que o supervisor tem do desenvolvimento dele.* ***E10CH****; (…) deve ser consoante as necessidades de cada pessoa. Eu penso que nós todos temos necessidades diferentes. Há pessoas com mais necessidades do que outras, para receberem orientação por parte do supervisor. (…).* ***E6CH****; Depende da necessidade do supervisado.* ***E12VP***

O estudo de Tavares (2013) revelou que os participantes consideraram que a frequência das sessões deveria ser estabelecida em função das necessidades. No entanto, inicialmente mais frequentes e depois mais espaçadas, consoante as necessidades sentidas pelos elementos da equipa de enfermagem.

Todd e O'Connor (2005) salientaram que devem existir disposições nas políticas das equipas que podem exigir mais tempo para supervisão (por exemplo, no caso das equipas júnior).

Veeramah (2002), entre as várias opiniões dos enfermeiros, salientaram que alguns fizeram referência a sessões sem periodicidade preconizada, que se realizariam mediante as necessidades.

[35] "Depende das necessidades do supervisado" – código "*in vivo*"

Na realidade, a SCE tem por foco principal o desenvolvimento profissional de quem está a ser supervisado. Neste sentido, em primeira instância, é de esperar que a SC que lhe é disponibilizada vá de encontro às suas necessidades individuais. No entanto, face aos recursos organizacionais e às opções feitas no que ao formato de supervisão e tipologia de sessões diz respeito, poderá haver necessidade de congregar estas necessidades individuais com as de outros profissionais e outras condicionantes envolvidas, pois a supervisão pressupões uma relação com os requisitos de outras políticas (Henderson, 2014).

Grande parte das políticas, programas, e modelos de SC, como alguns que já exemplificámos, pressupõem um conjunto de procedimentos que contemplam a negociação de todos os envolvidos, organização, supervisores e supervisados, sendo este o momento em que se discute a garantia da qualidade da supervisão e os aspetos a considerar na mesma. Um dos aspetos a assegurar é o conhecimento do supervisado, por parte do supervisor, com vista a que possa contribuir para o seu desenvolvimento.

Este aspeto vai de encontro ao discurso do participante que citamos no parágrafo que se segue, o qual considerou que a frequência das sessões devia ser discutida com o grupo de envolvidos no processo de supervisão.

b) *"A gerir com o grupo"*[36]

A opinião deste enfermeiro veio na continuidade com o analisado no parágrafo anterior:

> *Depois, também isto seria a gerir com o grupo. Pronto! Aí também acho que dependeria um bocadinho do grupo, de quanto em quanto tempo para as sessões de supervisão. Porque, é assim, eu posso até estar a pensar que de quinze em quinze dias, ou de mês a mês, seria o ideal, e haver outros elementos que até acham que não! Ou até, perante as situações que iam surgindo no dia-a-dia, haver necessidade de ajustar. Portanto, não vou pôr assim em termos de tempo… não vou dizer porque era um mero exemplo! Teria que se ver com todos. Isso seria uma situação a ver perante as situações que também nos iam surgindo no dia-a-dia, e a opinião do grupo.* ***E4CH***

As políticas de SCE, como já referimos, devem emergir de investigação contextualizada e, entre outros elementos, os seus conteúdos devem integrar o contrato de SCE que implica um processo de negociação entre supervisado(s) e supervisor(s), do qual provém um acordo sobre os objetivos da relação supervisiva, as necessidades e expectativas de ambos, as suas funções, papéis e responsabilidades, e a frequência das sessões de SCE, entre outros (Bond & Holland, 1998; Howatson-Jones, 2003; McKenna et al., 2008; Te Pou, 2009; Philpotts, 2007; Government of South Australia, 2014; Henderson, 2014).

[36] "A gerir com o grupo" – código "*in vivo*"

No estudo de Cruz (2012), alguns dos participantes entenderam que a periodicidade das sessões deveria estar de acordo com os objetivos da equipa. Borges (2013) concluiu que o *timing* de realização das sessões dependeria da avaliação do supervisor clínico e dos supervisados, estabelecendo, o supervisor coordenador, que qualquer alteração que decorresse duma necessidade crescente de supervisão seria razão para alterar reuniões ou estratégias previamente planeadas.

Não obstante todas estas considerações sobre a regularidade das sessões, grande parte dos participantes considerou que devia ser estabelecida uma periodicidade para a realização das mesmas, a qual varia entre "semestral e mensal".

c) "Semestral"

Tendo emergido desta investigação que o tipo de sessões mais desejado é o "sistema eclético", os participantes que se seguem referiram uma periodicidade semestral para a realização quer das sessões individuais, quer das de grupo:

Depois, para o grupo, acho que de seis em seis meses. (…) semestralmente para grupo. ***E5RP****; Se forem sessões supervisor/supervisionado, individuais, uma ou duas vezes por ano chegava perfeitamente.* ***E8VP***

No estudo de Edwards et al. (2005), 8% (n=17) dos participantes também experienciaram a combinação de sessões de grupo com individuais, sendo que, a maioria, 73% (n=159), teve sessões 1:1, embora não tenhamos conseguido apurar os moldes e a frequência com que se realizou a combinação. No nosso caso concretizar-se-iam, no máximo, em quatro sessões por ano.

O estudo de Tavares (2013), que também se reportou a um sistema misto de sessões, também apontou para a possibilidade da frequência das sessões ser semestral.

Contudo, apesar de não ser no enquadramento de sistema misto, Beech (2013) considerou que o número de sessões por supervisado, por ano, não deve ser inferior a seis.

Outros *experts* na área, entendem que as sessões devem ser realizadas quatro a seis vezes por ano, ou, no mínimo, mensalmente (Winstanley, 2001; Edwards et al., 2005; NHS, 2006; Winstanley & White, 2011), podendo ser ajustadas mediante as necessidades (Te Pou, 2009), considerando-se aceitável que "(…) *grupos individuais podem concordar com as sessões que ocorrem numa base mais frequente*" (NHS, 2006, p. 9).

d) "Trimestral"

As sessões de supervisão deviam ser trimestralmente. ***E1RP****; Acho que quando tivesse mais necessidade pessoal solicitava o supervisor individualmente e, depois, poderia haver marcação*

trimestralmente, (…) Pessoalmente, acho que de três em três meses. ***E5RP****; Uma reunião, possivelmente, até de três em três meses, para discutirmos, era importante.* ***E8CH****; Também não temos problemas que se instalam todos os dias e, portanto, também acho que, mesmo em termos de evolução do conhecimento científico, não há uma evolução mensal. (…). Acho que não tem razão de ser todos os meses. Acho que de três em três meses.* ***E5RP****; Talvez fazer-se sessões de supervisão de três em três meses em grupo. E, pelo meio, podiam ser marcadas sessões intercalares individuais, se houvesse necessidade.* ***E14CH***

Os participantes consideraram que as sessões deviam realizar-se trimestralmente contudo, salientamos o facto de, um deles, considerar que esta periodicidade serve para as sessões de grupo, sendo que estas deverão ser intercaladas com sessões individuais.

Calder (2005) sugeriu a realização de quatro sessões anuais. Cruz (2012) também encontrou enfermeiros que consideraram que as sessões deviam ser trimestrais.

e) "Mensal"[87]

A periodicidade que reuniu maior consenso entre os participantes foi a mensal, verificando-se, na literatura, que esta também é frequentemente adotada por muitas das políticas de SC.

De uma maneira geral, talvez uma sessão por mês. ***E1CH****; Acho que uma vez por mês.* ***E11CH****; Se calhar, deviam ser uma vez por mês, (…)* ***E12CH****; Também, eu acho que é importante reunir uma vez por mês.* ***E14VP****; E o ideal, se calhar, era a regularidade das sessões ser mensal. Mais de um mês é muito tempo. Mas, em menos de um mês, há determinadas coisas que não dá para avaliar.* ***E18VP****; Pelo menos uma vez por mês acho que era necessário.* ***E4VP****; Não sei, mas se calhar mensalmente é suficiente.* ***E4RP*** *(…) Sim, mas uma vez por mês é mais que suficiente! (…).* ***E1VP****; Mas, se calhar, uma vez por mês seria o ideal. (…)* ***E2RP***

Há *experts* na área da SC que recomendam que, para que esta seja eficaz para os enfermeiros de saúde mental na comunidade, as sessões devem ser de um período significativo, pelo menos de quatro em quatro semanas (Butterworth, *et al.*, 1997; Nicklin, 1997) e a The Chartered Society of Physiotherapy (2003) propõe uma periodicidade mensal.

Na evidência consultada verificámos que a periodicidade mensal é uma das mais adotadas, senão a mais frequentemente adotada, nos programas de SCE e na investigação realizada.

Palsson et al. (1994) realizaram sessões a cada duas a quatro semanas. Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen (2001) e Hyrkäs et al. (2002) realizaram sessões em grupo a cada três semanas, durante três anos, num total de 78h. Lantz e Severinsson (2001) realizaram sessões de grupo durante mais de um ano, num total de 20h. No estudo de Walsh et al. (2003) o grupo reuniu-se mensalmente, durante seis meses, num total de 9h de sessões.

[37] "Mensal" – código "*in vivo*"

Hyrkäs et al. (2005) realizaram sessões uma vez por mês, num total de 32h. Um pouco mais de metade dos participantes de Edwards et al. (2005) tinham tido sessões mensais.

Veeramah (2002) concluiu que a periodicidade mensal foi muito valorizada pelos enfermeiros, para a realização das sessões de SC.

O estudo de Carvalho (2012) aponta como mais benéficas as sessões mensais, como forma de não serem conotadas como negativas ou cansativas. O de Cruz (2012), em contexto hospitalar, também menciona sessões quinzenais a mensais. No de Tavares (2013) também há enfermeiros que sugerem sessões com esta periodicidade, sendo entendido por alguns dos enfermeiros que uma periodicidade superior levaria a que se perdesse informação e momentos de reflexão importantes, o que comprometeria os resultados destas reuniões. Borges (2013) também aponta para a realização de sessões mensais.

Winstanley e White (2003) consideram que as sessões realizadas mensal ou bimensalmente proporcionam melhores resultados em SCE.

f) "Ajuste da frequência"

Alguns dos participantes entenderam, ainda, que a frequência das sessões deve-se ir ajustando, conforme as necessidades.

> *(…) à medida que as pessoas vão achando, podiam ir alargando o tempo (…) depois, se calhar, até podia ser, posteriormente, mais distanciado.* ***E11VP****; (…) depois, mediante as necessidades teria que se ajustar a periodicidade das reuniões.* ***E13VP****; E, se houvesse necessidade, se a pessoa que supervisiona sentisse necessidade de haver mais do que uma reunião por mês, far-se-ia a reunião. Se houvesse necessidade! Às vezes não tem interesse fazer muito próximas umas das outras.* ***E1CH****; Sim, e depois de fazer as primeiras vezes, se calhar não havia necessidade de ser tão frequente, diminuir a frequência.* ***E9VP***

As sessões de supervisão deveriam ser mais frequentes inicialmente e depois mais espaçadas, consoante as necessidades de supervisão sentidas pela equipa de enfermagem (Tavares, 2013). Também em Cruz (2012) se encontrou a perspetiva de evolução da frequência das sessões, no sentido de serem mais espaçada à medida que "se vai avançando" com a experiência da SC, assim como em Berg e Welander Hansson (2000).

III. Duração[38]

Esta subcategoria remete para o período de tempo durante o qual deve decorrer cada sessão de SCE, para que daí resultem ganhos para os enfermeiros.

No que respeita à "duração" das sessões, encontrámos uma diversidade significativa de perspetivas na evidência disponível, o que também se verifica nas opiniões dos nossos participantes, identificando-se diferentes opiniões a este respeito, pelo que, também aqui, salientamos a importância da flexibilidade que deverá estar presente na fase inicial de implementação da SCE.

Apresentamos na fig. 39 o que resultou das opiniões dos participantes relativamente à duração das sessões de SCE.

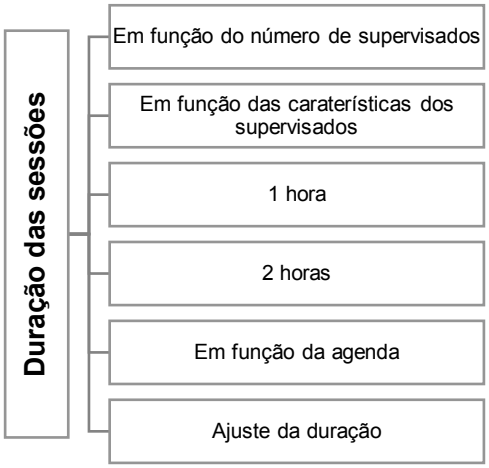


Figura 39 - Duração das sessões de SCE

Apurámos que alguns dos enfermeiros eram de opinião que a duração devia estar subordinada ao número de supervisados, outros argumentaram períodos de tempo específicos de 1 hora e 2 horas, o que está de acordo com Winstanley e White (2003), que referiram que o tempo dedicado às sessões de supervisão podia variar entre 15min. a 2h. Porém, os autores concluíram que as sessões mais longas eram mais benéficas.

Por último, houve enfermeiros que se referiram à necessidade de ajustar a duração das sessões à agenda da sessão, ou em função de outras necessidades.

Analisamos, então, as opiniões.

[38] Duração – *Espaço de tempo durante o qual tem lugar um acontecimento; tempo de existência de alguma coisa.* (Porto Editora, 2015)

a) *Em função do número de supervisados*

Um dos participantes considerou que a duração das sessões iria depender do número de enfermeiros na sessão, ou seja, a duração da sessão deveria ser ajustada ao número de elementos.

Depende do tamanho do grupo, da equipa, (…) Se calhar, se o grupo for muito grande, terá que ser mais alargado, (…). ***E5RP***

b) *Em função das caraterísticas dos supervisados*

Outro participante considerou que a duração das sessões dependia, essencialmente, das caraterísticas do supervisado. Ou seja, face à análise do supervisor relativamente ao desenvolvimento do supervisado, do seu nível de conhecimento e problemas detetados, terá que ajustar a duração das sessões.

O tempo das reuniões? A duração? Isso dependeria do que o supervisor observasse no supervisado, das caraterísticas do supervisado. (…) Acho que o tempo que demora a sessão depende, essencialmente, do supervisado. Conforme os conhecimentos que o supervisor tem do supervisado, do seu desenvolvimento, dos problemas que vai detetando no supervisado. ***E10CH***

Também Te Pou (2009) considera que, não obstante ser reservado um horário regular para as sessões, este pode aumentar, ou diminuir, em função do estágio de desenvolvimento do supervisado, do nível de stress que apresenta, e mesmo do nível de experiência profissional.

c) *1 Hora*

Sessões com a duração de uma hora, foi o período de tempo que reuniu mais consenso entre os participantes.

(…) talvez uma hora, não sei? (…) muito tempo também não! Pouco tempo também não! Mas isso, depois, com alguma experiência nessa área... ***E2RP****; Mas se calhar uma hora (…).* ***E12CH****; Pelo menos uma hora cada sessão. (…) Uma hora todos os meses, ou de 15 em 15 dias já era bom. Duas ou três horas torna-se muito exaustivo!* ***E3VP****; Uma hora. Depende! Se for em grupo, se calhar, uma horita é mais que preciso.* ***E4RP****; A duração das sessões de supervisão devia ser uma hora. Se quisermos sessões de três em três meses, individualmente, eu penso que sim, uma hora. E em grupo também. (…) ao fim de uma hora as pessoas ficam saturadas! Sejam muitas, ou sejam poucas, acabam por dispersar um bocadinho e começam a pensar noutras coisas. Se calhar não tem grande utilidade ser mais que uma hora.* ***E5RP***

Este foi o período de duração referido por um maior número de enfermeiros, considerando, um deles, que se adequa quer às sessões individuais, quer às de grupo, e a diferentes possibilidades, no que respeita à frequência de realização. Referiram, ainda, que uma duração inferior seria pouco tempo. Mas, se for superior, as pessoas acabam por se desfocar das situações em análise.

Com resultados idênticos aos nossos, Carvalho (2012) verificou que os enfermeiros se referiam a sessões com duração até 1h, entre 1h-2h.

Jones (2003), num formato de SCE de grupo, no sentido de incentivar a discussão sobre questões relacionadas com a prática profissional dos enfermeiros, realizou sessões de 1h por semana, durante 12 semanas.

d) 2 Horas

Sessões com a duração de duas horas são também uma possibilidade considerada pelos participantes.

*Talvez devam ser de duas horas… **E11CH**; Se calhar, umas duas horas por sessão. **E17VP***

Como exemplos de estudos que envolveram sessões com duração de 2h temos: Hallberg e Norberg (1993) e Berg e Hallberg (1999) que realizaram sessões de 2h por semana, num total de 34h; Berg et al. (1994) e Berg e Welander Hansson (2000) reuniram os grupos 2h a cada três semanas, durante os primeiros 6 meses, e a cada quinze dias nos seguintes seis meses; Edberg et al. (1996) reuniram durante 2h a cada três semanas, durante o primeiro semestre, e cada quinze dias no semestre seguinte, durante 12 meses; Arvidsson et al. (2001) realizaram sessões de SCE quinzenais com o grupo, com duração de 2h, num total de 32h; Lantz e Severinsson (2001) realizaram 10 sessões de grupo por períodos de 2h durante um ano, num total de 20h; Hyrkäs et al. (2005) realizaram sessões de 2h, uma vez por mês, num total de 32h.

São exemplos de estudos que envolveram sessões com duração entre 1h e 2h: Palsson et al. (1994) e Palsson et al. (1996), em que os grupos reuniram entre 1h30min. e 2h, cada 2 a 4 semanas, num total de 34h; Bégat et al. (1997) e Berggren e Severinsson (2000) realizaram sessões de 1h30min., por semana, com um grupo de cinco enfermeiros, durante um ano, num total de 75h; com Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen (2001) e Hyrkäs et al. (2002) o grupo reuniu 1h30min., cada 3 semanas, durante 3 anos, num total de 78h; e Walsh et al. (2003) reuniram o grupo 1h30min. por mês, durante 6 meses, num total de 9h.

Também no estudo de Cruz (2012) a duração média das sessões foi de 1h a 1h30min., e ocorreram no 1º, 4º e 6º mês da investigação.

Ainda que os enfermeiros tenham referido outros períodos, do estudo de Carvalho (2012) resultou que as sessões teriam uma duração estimada entre 1h-2h, a realizar em dias combinados entre as diferentes equipas. Estas sessões coincidiriam com a entrada no turno da tarde ou saída do turno da manhã, de modo a que os enfermeiros chegassem ao

hospital até 2h mais cedo do que a hora de início do turno, ou que saíssem até 2h mais tarde que a sua hora de saída.

e) Em função da agenda da sessão

Alguns participantes consideraram que a duração das sessões também deveria estar dependente da agenda da mesma. Ou seja, como referiu um destes, não conseguia definir o tempo na medida em que haveria sessões com mais assuntos agendados para discussão do que outras. Outros referiram que também dependia dos assuntos em discussão e da "disponibilidade" dos enfermeiros para a discussão.

Eu acho que o tempo não dá bem para definir, porque depende também da situação. Numa altura a gente podia ter mais para discutir e noutras, até em menos tempo, conseguir-se o que se quer. Não é? ***E5CH****; (…) dependia da situação e dos problemas que fossem surgindo e que quiséssemos resolver.* ***E4VP****; Depende, também, do serviço em si. O que cada um tem para discutir, se pode estar mais disponível ou não para falar na sessão (…).* ***E2CH***

f) Ajuste da duração

Tal como se apurou relativamente à frequência, também na duração das sessões se verificou o cuidado dos enfermeiros em preverem a necessidade de reformular os períodos estipulados inicialmente, deixando, no entanto, aberta a possibilidade de se ajustarem em função das necessidades.

Exatamente! Numa fase inicial estipular um tempo, mas, depois, reformular, se for preciso. ***E2RP***

O estudo de Butterworth et al. (2008) sugeriu que a SC variava muito em termos das horas que lhe eram dedicadas.

O NHS tem vindo a aconselhar a que os profissionais possam usufruir de tempo para a supervisão de forma regular (NHS, 2006; Tooley, 2014), sendo que, no estudo de Soares (2004), os enfermeiros consideraram muito importante que os limites de tempo de orientação, ou de supervisão, fossem de comum acordo. A curta duração afeta, inevitavelmente, a probabilidade de eficácia da SCE, sendo defendido por alguns autores que o tempo de dedicação reservado para as sessões pode variar entre 15min. a 2h (Butterworth, et al., 1997; Winstanley & White, 2003). Porém, Nicklin (1997) defendeu que as sessões deviam ser de um período significativo, não inferior a 45min., e Edwards et al. (2005), verificaram que a SC era mais eficaz quando os profissionais estavam envolvidos nela entre 45min. a 1h, por mês.

Butterworth et al. (1997), num estudo realizado em 23 locais, nas diretrizes do protocolo definiram que o tempo mínimo necessário para as sessões não devia ser inferior a 45 min., cada quatro semanas. Os resultados deste estudo tiveram implicações importantes para a

organização e prestação de serviços de enfermagem, pois a SC foi avaliada mais positivamente onde as sessões duraram mais de uma hora, e tiveram lugar pelo menos uma vez por mês. Os resultados sugeriram também que, sessões curtas são de limitado valor para os profissionais, considerando, portanto, que a criação de oportunidades para que sessões mais frequentes e de adequada duração são uma meta importante para os gestores. Alcançar tal aspiração envolve trabalho a nível da organização e, eventualmente, mudanças a nível da sua cultural (Edwards, et al., 2005).

São vários os especialistas que aconselham que as sessões tenham a duração mínima de uma hora (Edwards, et al., 2005; Winstanley & White, 2011), tempo que Winstanley (2001) circunscreve ao contexto hospitalar. Nas políticas de SCE do NHS tem-se vindo a verificar que a duração de cada sessão de SCE não é inferior a este período de tempo, determinando-se, regra geral, que varia entre 1h a 2h, com início e termo definidos (2006; 2009; 2013), sendo que também já recomendou que o tempo "específico" a contratar para as sessões, deva ter uma duração de 60min. a 90min., a cada seis a oito semanas (2010a).

A The Chartered Society of Physiotherapy (2003) chega a propor o fornecimento de cerca de meio-dia por mês, para a realização de SC. Também Carvalho (2012) fez referência a que os enfermeiros sugeriram que a duração das sessões variasse entre 1h até 3h, no entanto, a maioria entendeu que estas não deveriam ultrapassar os 60min.

Cross et al. (2010) consideram que o tempo a disponibilizar para a SCE constitui uma das maiores barreiras à sua implementação, pelo que, este é um ponto que deve ser muito bem ponderado pelos intervenientes do processo, considerando as necessidades e recursos existentes, no sentido de otimizar estes últimos. Porém, salienta-se a importância das sessões deverem ser continuadas e em intervalos regulares (Proctor, 2006), com orientação "bem" sistematizada (Soares, 2004), realizadas com tempo suficiente para implementar a estrutura de SCE nos serviços (Carvalho, 2012). Este desiderato tem vindo a ser conseguido no UK, ao longo das duas últimas décadas, onde o NHS tem procurado que todos os praticantes, de diferentes grupos profissionais, tenham tempo preservado para a realização de SC regularmente, em diversas formas, e despendendo quantidades variáveis de tempo (Tooley, 2014).

Concluímos este ponto salientando a importância de se ajustar a duração das sessões mediante as necessidades contextuais (Te Pou, 2009), considerando-se uma meta importante para os gestores, a criação de oportunidades para que possam ocorrer sessões mais longas e mais frequentes (Edwards, et al., 2005). Como demonstraram os resultados dos estudos de Winstanley (2001) e Winstanley e White (2003), em contexto hospitalar, as

sessões de SC devem ter uma duração máxima de uma hora. Contudo, na comunidade, pode haver algum benefício de prolongar as sessões além deste período de tempo.

IV. Local[39]

As reuniões de serviço a que os enfermeiros se reportaram anteriormente, realizam-se nos respetivos serviços, onde exercem as suas funções, com exceção dos enfermeiros que trabalham nas Extensões de Saúde, que, por vezes, se deslocam à Sede para participarem nas mesmas.

Relativamente aos locais onde pretendem que estas se venham a realizar, apenas um dos participantes referiu:

> *Sim, eu gostava de vir cá à Sede e estar com os colegas e tirar as minhas dúvidas nas reuniões de supervisão em grupo, com os colegas. Mas também gostava que o supervisor fosse lá [extensão] reunir comigo, (…) Quinze em quinze dias fazia-se reunião individual. O supervisor ia lá ter comigo [à extensão]. E faziam-se sessões em grupo, aqui na sede, de 2 em 2 meses.* ***E9VP***

Para este enfermeiro, cuja atividade diária decorre numa Extensão de Saúde, seria importante realizar sessões individuais no local de trabalho. Mas, de dois em dois meses, ambiciona deslocar-se à Sede para sessões em grupo com os colegas.

Consideramos que o facto de pretenderem sessões individuais com esta frequência e localização, pode ter a ver com o fator "isolamento" a que estes enfermeiros estavam sujeitos. Assim como o facto de pretenderem ter sessões em grupo, pois esta experiência iria proporcionar-lhes a oportunidade de refletirem conjuntamente com os colegas e de partilharem as experiências profissionais.

As sessões de supervisão podem ser realizadas dentro ou fora do ambiente normal de trabalho (Butterworth, et al., 1997; Winstanley & White, 2003).

No estudo de Edwards et al. (2005), 78% (n= 169) dos participantes tinham sessões dentro do local de trabalho, 10.1% fora e 12% uma combinação de sessões dentro e fora do local de trabalho. No entanto, os investigadores concluíram que a perceção da qualidade da supervisão foi mais elevada em enfermeiros que realizaram as sessões fora do seu local de trabalho, salvaguardando que, em ambientes clínicos sobrecarregados, garantir 60 min, ou mais, longe do local de trabalho, pode apresentar um desafio.

No estudo de Carvalho (2012), apesar de ter sido opção realizarem as sessões na instituição, a opinião dos participantes apontou para que estas pudessem realizar-se quer no espaço de trabalho, quer fora deste. Relativamente às sessões no espaço de trabalho foi valorizada a passagem de turno. Também foi referida a realização de SCE no horário

[39] Local - *Respeitante a determinado lugar* (Porto Editora, 2015)

de trabalho, em horas pré-estabelecidas para a SCE. As sessões fora do local de trabalho, com data e hora pré-agendadas de forma regular, foram vistas como vantajosas pelos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos de neurocríticos. Os enfermeiros entenderam, ainda, que a realização de sessões de SCE num ambiente neutro, que não o hospital, traria benefícios para a SCE.

Cruz (2012) refere que a maioria dos participantes considerou que o local de realização das sessões de SCE deveria ser no próprio serviço, pois consideravam que era esta a sua realidade.

Não obstante a produção do discurso, recomenda-se que o local providenciado seja conveniente ao supervisor(s) e ao(s) supervisado(s) (NHS, 2010a), que as sessões sejam realizadas num local que minimize o risco de interrupção (Beech, 2013), que sejam evitados atrasos ou até o cancelamento das sessões, pois estes aspetos interferem muito com a qualidade da supervisão (Munson, 2002).

V. Conteúdo

As sessões supervisivas constituem momentos formativos, onde a reflexão sobre a prática assume um lugar preponderante na identificação das necessidades de formação e discussão crítica das práticas, num ambiente de suporte que permite o envolvimento de todos os supervisados, para que se sintam parte integrante da solução (Calder, 2005).

A falta de planeamento das sessões interfere com a qualidade e eficácia da SC (Munson, 2002), talvez por isso, em enfermagem, seja frequente a adoção do modelo de Brigid Proctor, que se centra na orientação dos conteúdos das sessões e na descrição das funções da SC (Sloan & Watson, 2002).

A confidencialidade das sessões e seus limites devem estar explícitos no contrato de supervisão e o grupo deve ter conhecimento sobre as condições em que esta pode ser quebrada.

As exceções incluem qualquer área onde a segurança e bem-estar dos clientes, ou profissionais, possam estar comprometidos. Neste sentido, grande parte das políticas do NHS, incluindo a de Tooley (2014), apresentam uma cláusula tipo para os contratos, no que respeita à confidencialidade:

> "*Todas as questões discutidas serão confidenciais, a menos que haja algo divulgado que afete o bem-estar do supervisor ou prejudique os pacientes, a prática profissional, a equipe, ou a organização*" (p. 15).

Refere-se ainda a importância da logística inerente a cada sessão e o cuidado em a assegurar.

As opiniões dos enfermeiros foram ao encontro de alguns destes pressupostos, sendo que, um deles, apontou mesmo para a necessidade de "mentes bem formadas", para fazerem o treino da reflexão. Isto requer boa organização mental dos intervenientes, mas também uma boa organização da própria sessão, onde os participantes possam refletir sobre as suas práticas, sobre os cuidados que prestam, colocar os seus casos, as suas dúvidas, e chegar a conclusões de forma pertinente e organizada, para poderem desenvolver-se pessoal e profissionalmente, pois a falta de planificação e intervenções pouco pertinentes interferem muito com a qualidade da supervisão (Munson, 2002).

Têm que ser mentes bem formadas para fazer esse treino de reflexão. ***E14CH****; (…) a implementação de SC devia contemplar esses momentos [sessões de SC] porque são importantes para refletir, para chegar a uma conclusão, adquirir melhores práticas. E, mesmo a nível pessoal, ajuda-nos a crescer.* ***E2VP****; Mas, gostava de ter discussões sobre os cuidados, sim! Gostava de ter um momento, nem que fosse, (…) - Pessoal, têm algum caso a pôr? Têm alguma situação? Surgiu-vos alguma situação assim.. que vocês estiveram ali na dúvida? Tiveram que pensar… se calhar ficaram ali na dúvida se agiram bem? - acho que sim, era importante termos momentos para refletirmos. (…) Sim, nas sessões de supervisão deviam-se partilhar as práticas e os problemas que tenham surgido com elas, como resolvê-los, o que é que se faria nesse sentido. Partilhar os problemas que tenham surgido e discutir a melhor maneira para os resolver.* ***E7CH****; (…) A discussão nestas sessões seria uma oportunidade de desenvolvermos mais o conhecimento profissional.* ***E4CH***

Apesar dos participantes não se terem pronunciado sobre conteúdos específicos das sessões, relativamente à sua estrutura consideramos adequada a proposta de Hull (2014), sobre a necessidade desta incluir: preparação e apresentação, clarificação, afirmação, reflexão, e conclusão.

Quanto ao conteúdo das sessões, o supervisado pode apresentar questões ao supervisor, a fim de refletirem e explorarem formas de as abordar. O supervisor atua como suporte, ouve, observa, comentar e questiona o supervisado com o objetivo de auxiliar na exploração do tema e na formação de pontos de ação, procurando que a interação seja mais útil para o supervisado, através da facilitação (Deeny & Dugan, 2005; County Durham & Darlington Community Health, 2010).

- **Agenda das sessões**

A agenda pode ser ajustada no início da sessão, devendo fornecer uma orientação a seguir, no sentido de ajudar a estruturar a discussão. Os supervisores devem trabalhar no sentido de a ajustar, para que possam atender os requisitos da sua equipe, o serviço ou o papel do supervisado. Refletir sobre a prática, incentivar o pensamento crítico, motivar e desafiar o profissional, quando apropriado, são aspetos essenciais da agenda.

No início da sessão deve-se perceber:

- acordo com os itens da agenda;
- averiguar como se sente cada membro da equipe;
- rever as notas anteriores, tarefas e ações (Henderson, 2014).

Segundo Deeny e Dugan (2005, p. 9), algumas das questões fundamentais que se podem abordar nas sessões são as que apresentamos no quadro 17.

Quadro 17 - Questões a abordar nas sessões de SC

- O que queremos tirar daqui?
- Que tipo de experiência queremos que seja?
- Como podemos começar?
- Como saberemos se está a ajudar-nos?
- Como é o nosso ambiente de trabalho?
- Como planeamos manter o processo em andamento?

Segundo o mesmo autor, explorar sistematicamente estas questões-chave é a base de planos de ação personalizados da SC, os quais devem ser centrados em torno de um equilíbrio de temas que são essenciais para a implementação de um processo de SC eficaz, através da aprendizagem compartilhada, devendo incluir o seguinte (2005, p. 9):

- compreender e identificar diferentes abordagens de reflexão;
- clarificação de objetivos e expectativas do processo;
- consolidação de equipe;
- orientação e estruturação das conversas;
- monitorização e avaliação do impacto do processo;
- estratégias para sustentar o processo.

Ao estabelecer a relação supervisado/supervisor, é importante assegurar limites, desde o início, e conhecer as expectativas de ambas as partes. No caso de profissionais que são novos num determinado departamento ou área clínica, é necessária uma orientação mais abrangente, sendo que uma forma eficaz de definir as expectativas desde o início é discutir sobre:

- forças percebidas por ambas as partes;
- preocupações ou receios atuais;
- áreas que o supervisado gostaria de desenvolver;

- a melhor forma de aprendizagem do supervisado (estilos de aprendizagem);
- o nível de apoio que o supervisado atualmente sente e o que ele requer;
- o que o supervisado espera da relação supervisiva;
- o que funcionou/não funcionou em processos de supervisão anteriores;
- expectativas do supervisado a respeito da relação de supervisão;
- disponibilidade e vontade de ser contactado quando for necessária assistência;
- melhor forma de aceder ao supervisor no dia-a-dia (Kieseker, 2013).

Estabelecer um ponto de referência em relação às expectativas, ajuda os intervenientes na supervisão a gerirem as questões ou preocupações potenciais que possam surgir. Pois, sendo a supervisão uma oportunidade de apoiar o desenvolvimento dos profissionais e garantir a assistência de alta qualidade aos clientes, é importante para supervisor perceber se o projeto para os outros constitui, ou não, um "fardo", devendo assegurar-se que o pessoal que está a supervisionar se sente realmente suportado e que o seu papel de supervisor é levado a sério e valorizado (Kieseker, 2013).

- **Responsabilidades**

Todas as partes têm a responsabilidade de fazer um controlo eficaz, respeitando o conteúdo do acordo de supervisão, incluindo a preparação e priorizando as sessões, por via de uma relação supervisiva construtiva, participando plenamente e de forma aberta e honesta, garantindo que todas as questões relevantes são levantadas (Henderson, 2014).

a) Supervisor

Os supervisores clínicos são profissionais experientes, com credibilidade clínica, capazes de supervisionar os outros na sua área de atuação, por isso, são responsáveis por:

- negociar o contrato de supervisão;
- assegurar que o acordo de supervisão está no lugar combinado e é revisto a cada ano;
- garantir que as sessões de supervisão são organizadas com antecedência;
- gestão da agenda combinada;
- fornecimento de desafios construtivos e dar e receber *feedback*;
- assegurar que as questões de poder e/ou igualdades são abordadas;
- garantir que todos os procedimentos relevantes e processos são seguidos;
- gestão do ambiente em que a sessão decorre;
- manter os registos da supervisão (Kieseker, 2013; Henderson, 2014; Tooley, 2014).

b) Supervisado

Os supervisados são responsáveis pelas suas próprias ações, e pelo impacto destas sobre os clientes, o serviço e a organização. São, ainda, responsáveis por compartilhar com seu gestor direto quaisquer problemas que possam ter impacto sobre os clientes do serviço, noutros funcionários e na organização, e de usar a sua aprendizagem através da supervisão para informar a prática, a sua avaliação e o planeamento do seu desenvolvimento pessoal (Tooley, 2014). Na sua corresponsabilidade com o supervisor deve participar na configuração do contrato de supervisão, manter os registos de supervisão e rever mecanismos de supervisão, pelo menos anualmente (Worcestershire Mental Health, 2011).

Em jeito de conclusão, no que respeita às sessões de SC, a evidência produzida revela que o *timing*, frequência, duração e local de realização da SCE é muito variável, dependendo de vários fatores, nomeadamente inerentes ao supervisor, ao supervisado, à organização, ao próprio serviço, aos elementos de gestão e organização dos serviços, aos recursos existentes, entre outros.

No entanto, Butterworth et al. (1997) consideraram que o tempo de duração, espaçamento, e local, bem como a escolha do supervisor, surgiram como elementos importantes para a eficácia da supervisão. A investigação realizada por estes autores mostrou que a perceção de qualidade de supervisão era superior nos enfermeiros que tinham escolhido os seus supervisores, e onde as sessões tiveram lugar longe do local de trabalho (Butterworth et al., 1997).

Também Edwards et al. (2005) consideraram que o tempo, frequência e local, eram elementos importantes para uma supervisão eficaz. No seu estudo, a SC foi avaliada mais positivamente quando as sessões tinham duração superior a uma hora, e a frequência de pelo menos uma vez por mês, sugerindo que sessões de curta duração eram de valor limitado para os profissionais. A perceção da qualidade da supervisão também foi maior quando as sessões tiveram lugar longe do local de trabalho, e entre enfermeiros que tinham escolhido os seus supervisores (Edwards et al., 2005).

Determinados o *timing*, frequência, duração e local destinados às sessões de SCE, é fundamental que supervisor(s) e supervisado(s) se responsabilizem relativamente à pontualidade, data e horários acordados, pois somente razões de absoluta emergência devem prevalecer sobre este acordo (DoH, 2002; Cruz, 2012). É, também, fundamental, assumir a responsabilidade por fazer o melhor uso do tempo, em ser pontual para as sessões, e por quaisquer resultados destas, para assegurar a qualidade da SC (South Gloucestershire, 2011).

Para que se garanta esta qualidade da SC, salienta-se, ainda, a importância de, no decurso das sessões, o supervisor clínico:

- avaliar as habilidades do supervisado;
- determinar os objetivos de aprendizagem do supervisado
- laborar um contrato que garanta sessões regulares;
- construir uma sólida relação de trabalho com o supervisado; são aspetos que também concorrem para que seja mais provável ocorrerem sessões mais regulares (Todd & O'Connor, 2005).

5.5.13. *FEEDBACK*

O *feedback* é um processo interativo que visa fornecer aos supervisados uma visão sobre o seu desempenho, com o objetivo de promover a sua consciencialização sobre o mesmo (Collins, 2004; Clynes & Raftery, 2008), constituindo uma das estratégias mais relevantes na SC.

O «***feedback***» emergiu enquanto categoria que se refere a uma das estratégias de SCE utilizada nos serviços estudados, e proposta pelos participantes para o programa a implementar, face à qual se identificou um conjunto de subcategorias e dimensões.

O *feedback* dado ao supervisado sobre os seus pontos fortes ou áreas em que precisa melhorar, é essencial para o seu desenvolvimento e para o desenvolvimento eficaz das práticas clínicas (Ping, 2008). No entanto, as experiências de dar e receber *feedback* são muito variáveis e dependentes de um conjunto de fatores, nos quais se incluem o contexto clínico, a capacidade e preparação do supervisor para fornecer *feedback*. Este último é um fator crucial para se conseguir a tomada de consciência e compreensão do *feedback*, podendo auxiliar o processo e garantir que, tanto o supervisor como o supervisado, têm uma experiência interativa positiva.

Segundo Jerome (1995) o processo de *feedback* ocorre em quatro etapas, que representamos na figura 40.

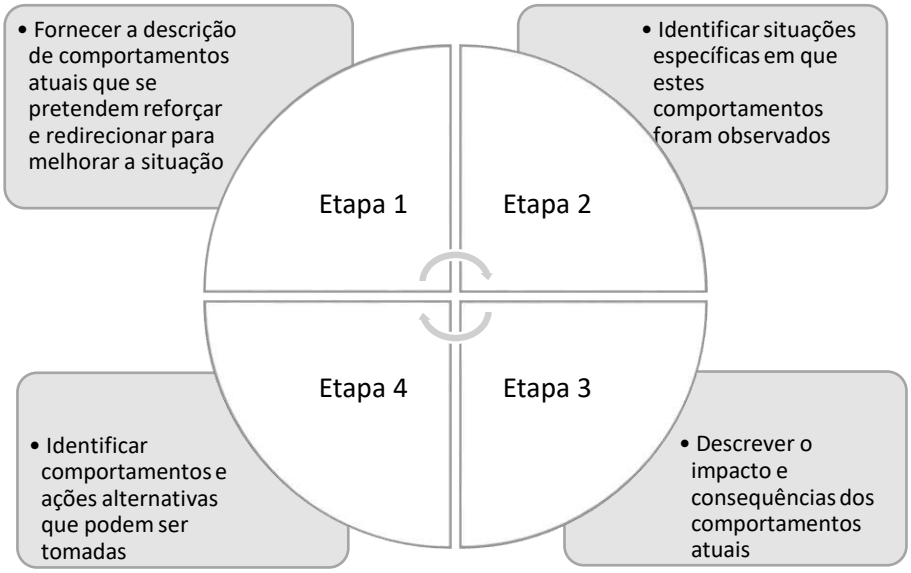


Figura 40 - Processo de *feedbac*k segundo Jerome (1995)

O *feedback* é essencial na medida em que permite ao supervisado otimizar ao máximo as suas potencialidades. No processo de fornecimento de *feedback* deve-se tomar por princípios:

- fornecer *feedback* em tempo útil e eficaz, para melhorar o desempenho;
- fornecer *feedback* contínuo;
- fornecer *feedback* construtivo para corrigir ou reforçar;
- fstar aberto para receber *feedback* (James Cook University, 2011).

Sob o ponto de vista da análise dos dados de natureza qualitativa, o *feedback* era uma estratégia utilizada pelos enfermeiros dos serviços em que foi realizada a investigação.

Em uso

Há sempre um feedback! Essa supervisão existe cá dentro, e eu acho que é positivo. ***E1CH***

Dar e receber *feedback* sobre a prática é um objetivo fundamental da SCE (Kieseker, 2013) e, de facto, os participantes consideraram esta estratégia importante, e a sua utilização positiva.

Os participantes desejaram que o *feedback* fosse umas das estratégias a integrar no programa de SCE a implementar nos serviços.

Desejado

Acho que certas práticas, certas coisas, vão evoluindo. E, se calhar, às vezes, o chamar-nos à atenção para certas coisas, ajuda-nos para que sejam feitas corretamente. Às vezes, a gente faz

por habituação. E fazermos sempre o mesmo procedimento e, se calhar, as coisas vão evoluindo, e era bom atualizar-nos, e a supervisão pode ajudar a refletir e a mudar. ***E12CH***

Esta perspetiva apela à importância do fornecimento de *feedback* construtivo, no sentido de estimular a prática reflexiva e de melhorar a qualidade das práticas, o que é congruente com o estudo de Myall et al. (2008).

5.5.13.1. *Feedback*: dimensões

Da análise emergiu um conjunto de dimensões inerentes à categoria «***feedback***»: «***negativo/positivo***», «***formal/informal***», «***formativo/avaliativo***», como se pode verificar na figura 41.

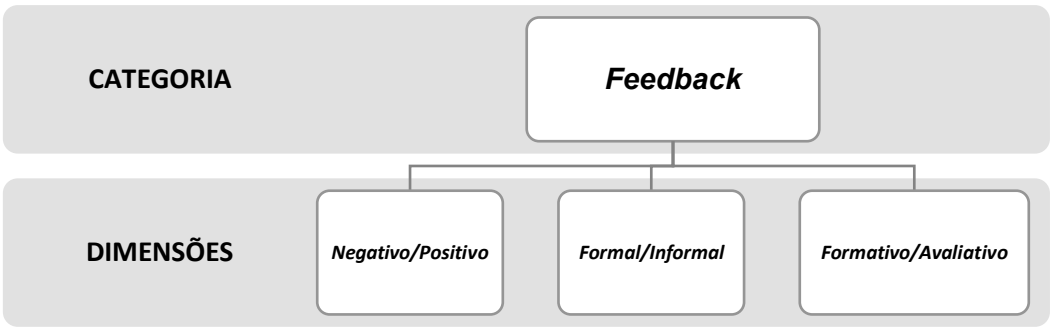


Figura 41 - Dimensões do *feedback*

(I) Negativo/Positivo

Dar informação de retorno pressupõe o julgamento e opinião imparcial e analítica do supervisor, sobre o desempenho do supervisado, baseados na observação do seu trabalho e na exploração de estratégias para melhorar as práticas deste último (Eraut, 2006; Clynes & Raftery, 2008).

Relativamente às dimensões do *feedback* identificadas no discurso dos enfermeiros, verificou-se que esta estratégia era usada nos serviços, tendo por base uma perspetiva muito centrada na identificação/comunicação de erros e correção das práticas.

Em uso

(…) se vir algum colega fazer alguma coisa que não é da melhor forma, digo! ***E15VP****; Não tenho dificuldades em chamar à atenção do colega para um erro. (…)* ***E14CH****; Se vejo que há alguma coisa nos cuidados que não está bem, também digo ao colega!* ***E3VP***

Também o *feedback* desejado passa pela identificação de erros e correção das práticas dos enfermeiros.

Desejado

E também, em situações que possam por em causa a qualidade dos cuidados, se vir que o colega não atingiu, através da reflexão, dos questionamentos, devo-lhe dizer - "olha tu tens que melhorar este e aquele aspeto"-, dar o feedback negativo (…) Chamar à atenção nestes casos, é no sentido de dizer que aquela prática não é a correta, que devia fazer de outra forma, eu acho que as pessoas só têm que perceber isso. ***E16CH****; Chamar à atenção do colega só se justifica se for para ele compreender e interiorizar que não estava a ter o procedimento mais correto.* ***E8CH****; Eu posso fazer coisas erradas, mas se ninguém me chamar a atenção, vou sempre pensar que estou a fazer correto.* ***E9VP***

Os termos utilizados para descrever o *feedback* podem ser classificados em dois grandes grupos, construtivo/corretivo/negativo e de reforço/positivo, porém, em geral, os profissionais tendem a usar os seguintes termos para descrever o *feedback*: negativo e positivo (Clynes & Raftery, 2008).

Face ao discurso dos participantes, concluímos que o *feedback* em uso é de natureza corretiva, ou seja, *feedback* negativo, o que, de certo modo, podemos considerar uma questão cultural, pois é mais frequente analisar com o outro os aspetos a melhorar/corrigir, do que propriamente analisar o que está bem, dando reforço positivo.

O *feedback* construtivo e o acompanhamento são muito importantes na SC, devendo, as técnicas a utilizar, ajudar o supervisor a envolver-se de forma colaborativa com o supervisado, estimulando a reflexão sobre a prática e a busca de soluções viáveis e positivas, para os problemas com que se confronta.

No sentido de identificar competências, forças e recursos do supervisado, o supervisor deve adotar a postura de um inquiridor curioso, interessando-se, por exemplo, sobre a forma como como ele conseguiu sair de uma determinada situação, apesar das dificuldades enfrentadas, ajudando-o a reconhecer a sua capacidade de identificar as competências utilizadas na busca de uma solução em particular, e no reconhecimento dos seus pontos fortes. Isto, num contexto de relacionamento mutuamente respeitoso, pois é o respeito genuíno para com a pessoa, combinado com o reforço das suas capacidades, que lhe permite avançar de forma positiva (Fowler et al., 2007).

No sentido de se concentrar nas soluções em vez dos problemas, inicialmente, o supervisor pode perguntar: "O que é melhor?", em oposição a "Como estão as coisas?", pois incentiva a pessoa a concentrar-se em aspetos positivos de sua prática. No final de cada sessão de supervisão, o supervisor deve fornecer um apanhado dos pontos fortes, aptidões e recursos do supervisado, onde a adoção de uma boa comunicação não pode ser sobrevalorizada (Fowler et al., 2007). Os mesmos autores consideram ainda importante:

- ouvir de forma construtiva a evidência dos recursos, por exemplo, habilidades, pontos fortes, e relações de apoio;
- reconhecimento dos problemas ou dificuldades discutidas;
- mostrar interesse e incentivar ativamente o supervisado a continuar;
- perceber e nomear pontos fortes e habilidades que emergem durante a sessão, "devolvendo-os" ao supervisado;
- utilizar escalas de *feedback*.

Não obstante a evidência de que o *feedback* é uma componente essencial do processo de aprendizagem do supervisado, há estudos que revelam incoerência significativa no seu valor, elogios e reforço positivo recebidos (Cahill, 1996; Nordgren, Richardson, & Laurella, 1998; McNeill, McCoy, Parry, Cohran, & Curtis, 1998; Clynes & Raftery, 2008). Na verdade, o *feedback* sobre o desempenho clínico, muitas vezes, não é iminente, sendo dado tardiamente, destrutivo e de natureza pessoal (Clynes & Raftery, 2008).

Alguns estudos vão mais longe, referindo que o elogio é raro, sendo o *feedback* centrado na identificação de falhas, o que tem um impacto negativo na autoestima e confiança, na medida em que, geralmente, não reforça o desenvolvimento das habilidades e do desempenho clínico (Cahill, 1996), o que foi comprovado pelos nossos participantes, sugerindo mudanças para o futuro.

> *Temos que chamar a atenção de maneira adequada, de forma positiva. Às vezes, se o fizéssemos de outra maneira, pela via positiva, íamos ter melhores resultados.* ***E14CH***

Alguns estudos têm vindo a demonstrar que muitos supervisados sugerem que um bom supervisor é aquele que fornece uma crítica construtiva, ao invés de permitir que uma prática inadequada se concretize, dando a informação de retorno tardiamente, o que impede que se reformulem as práticas mais precocemente (Cahill, 1996; Cross, et al., 2010).

Neste sentido, é importante que na utilização desta estratégia, o supervisor transmita objetivos, demonstrando expectativas positivas quanto à evolução da aprendizagem e desenvolvimento do supervisado, reforçando positivamente as práticas apropriadas e indicando-lhe os erros ou aspetos menos conseguidos, ajudando-o a identificar zonas de não saber, propondo-lhe desafios e auxiliando-o nas suas dificuldades, envolvendo-o no seu processo de desenvolvimento (Carvalho, et al., 2004; Rocha, 2013).

Neste âmbito, ao dar *feedback* negativo ou crítico, Dohrenwend (2002) considera que pode ser útil usar a técnica "*sanduíche*", que consiste em fornecer a informação negativa prensada entre duas partes específicas de *feedback* positivo, método considerado

particularmente útil quando se trabalha com supervisados juniores ou com baixa autoestima. Em situações em que há um relacionamento muito saudável de supervisão, nem sempre é essencial que todo o elogio ou crítica precise ser "ensanduichado" e, por vezes, pode ser mais adequado oferecê-los de forma independente (Dohrenwend, 2002).

No estudo de Cross et al. (2010) os participantes consideraram o *feedback* fornecido pelo supervisor positivo e construtivo, sentindo que não foram necessariamente desvalorizados, nutrindo prazer em recebê-lo, em vez de não receberem nada ou receberem críticas. O *feedback* positivo, tanto da parte do supervisor, como de outros, permite a afirmação dos enfermeiros no seu local trabalho e maior satisfação profissional (Hyrkäs, 2005; Cross, et al., 2010).

Salienta-se, no entanto, que é importante não confundir o *feedback* positivo com louvor. Pois, enquanto o louvor pode ser favorável para o desenvolvimento de uma relação positiva entre supervisor e supervisado, não deve proporcionar a este último uma visão limitada sobre o seu desempenho (Clynes & Raftery, 2008).

(II) Formal/Informal

Face à análise do discurso, regra geral, o *feedback* fornecido nos contextos em estudo, era dado de forma espontânea, informal, ou seja, no momento em que se estavam a observar as práticas dos colegas.

Em uso

> *Não preciso de nada para chamar os colegas à atenção. Quando tenho que chamar chamo, da maneira que acho adequada.* ***E14CH****; Como eu já disse há bocado, quem tem mais experiência, dá a sua opinião aos colegas sobre os cuidados. Está aqui a ver fazer e dá a opinião - "não será melhor fazeres isto ao contrário…?"* ***E10VP***

Brinko (1993) referiu que o *feedback* pode ser verbal ou escrito, preferindo, no entanto, dar *feedback* verbal imediatamente após um procedimento, pois considera-o mais convincente e eficaz. O mesmo é percebido por Cahill (1996, cit. por Clynes & Raftery, 2008) cujos participantes no estudo referiram que um bom supervisor deve facultar *feedback* oportuno e atempado, no sentido de não permitir a prossecução de práticas incorretas. Collins (2004) também refere que o *feedback* deve ser dado após a observação do comportamento e Marriot e Galbraith (2005, cit. por Ping, 2008) consideram que este é mais eficaz se dado, logo que possível, após a conclusão da tarefa.

No entanto, também foi referido que era dado *feedback* nas reuniões de serviço, onde este assumia uma componente menos espontânea, mais formal, pois a agenda comtemplava algum tipo de informação de retorno sobre as práticas em uso pelos enfermeiros.

Em uso

*Nas reuniões de serviço são **n** coisas levantadas, discutidas, n chamadas de atenção que vão melhorar a qualidade dos cuidados. **E15CH***

Na realidade, os estudos apontam para a existência de dois métodos de fornecimento de *feedback*: o informal e o formal (Clynes & Raftery, 2008).

O ideal seria conseguir combinar estes métodos, garantindo que é fornecida uma informação permanente e oportuna ao supervisado, em que no método mais informal esta informação é fornecida pelo supervisor durante a prática, sobre aspetos por ele observados, tendo a vantagem de ser específico para a situação, garantindo que elementos importantes não são esquecidos (Clynes & Raftery, 2008).

Este método é muito propício à discussão de práticas baseadas em evidências que podem ser imediatamente analisadas. Neste sentido, o *feedback* "oportunista" é um elemento vital para a aprendizagem clínica, que muitos supervisores consideram de tal modo impregnado no dia-a-dia do ambiente clínico, que é dado inconscientemente (Clynes, 2004, cit. por Clynes & Raftery, 2008).

Porém, Eraut (2006), apontou como potencial desvantagem deste processo "inconsciente" o facto de poder não ser entendido pelo supervisado como *feedback*, negando assim o processo, problema que pode ser superado se o supervisor remeter estas experiências para as sessões formais de SC.

O *feedback* assume uma dimensão mais formal quando é atribuído um supervisor, responsável pelo seu provimento (Clynes & Raftery, 2008).

Relativamente ao tipo de *feedback* desejado pelos enfermeiros, a sua dimensão formal estará assegurada pela formalização da SCE e atribuição de um supervisor clínico, ao qual caberá a implementação desta estratégia. No entanto, verificamos que para eles continuava a ser importante assegurar a dimensão informal.

Desejado

*Isto não tem a ver com normas. Isto não pode ser com normas. Isto é formação em serviço, feita no local, no ato! A formação só é eficaz se alguém no momento certo, também disser ao colega que não está a fazer bem. (…) no momento! No ato! Dizer logo que algo não está bem! Que não está a fazer bem o procedimento. Ou então, o mais brevemente possível, após observarmos o trabalho do colega, explicar ao colega – "existe esta situação, esta prática, que não foi bem executada, deverias fazer assim…" - assim talvez fosse uma forma mais própria! **E14CH***

Os participantes continuavam a considerar importante fornecer informação de retorno no local, durante a ação, de forma espontânea, no sentido de reformular as práticas antes de

as concretizarem de forma inadequada, valorizando a oportunidade de se concentrarem em lacunas identificadas, melhorando assim a prática.

(III) Formativo/Sumativo

Relativamente à supervisão em uso, verificamos que o *feedback* utilizado era de natureza formativa, sendo entendido como um aspeto inerente à formação em contexto de trabalho, na medida em que proporcionava a reformulação/correção das práticas.

Em uso

> *Se a formação em serviço fosse aquilo que eu acho, englobava tudo isto. Todos temos o direito de dizer (…)* ***E14CH****; (…) chamamos à atenção umas às outras e tentamos corrigir.* ***E7VP****; Se vejo que a pessoa não está a ir pelo caminho certo, se não tem as melhores práticas e atitudes, posso voltar a explicar, (…).* ***E8CH***

O *feedback* formal pode ser formativo ou sumativo. O *feedback* formativo é dado no decurso das experiências de aprendizagem e desenvolvimento, com o objetivo de as melhorar, não envolvendo a classificação do desempenho clínico. O sumativo ocorre no final das experiências de aprendizagem e inclui a classificação de desempenho clínico (Clynes & Raftery, 2008).

Também o *feedback* desejado aponta para a dimensão formativa.

Desejado

> *Agora, isso ajuda! [ser chamado à atenção sobre práticas menos corretas]. Ajuda até para desenvolver competências que uma pessoa não tem!* ***E9CH***

O *feedback* próprio à SCE é contínuo e tem propósitos formativos, no sentido de otimizar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, não envolvendo a avaliação/classificação do desempenho clínico. Neste caso, os participantes compreendem esta estratégia no sentido da promoção do desenvolvimento de conhecimentos e competências, comprovando as opiniões de Carvalho et al. (2004) e Moseley & Davies (2008).

5.5.13.2. *Feedback*: caraterísticas

Da análise do discurso emergiu, ainda, um conjunto de subcategorias, relativamente ao *feedback* em uso e exposto, as quais remetem para as caraterísticas do mesmo: «assertivo», «identifica zonas de não saber» e «fornecido em ambiente próprio», como se pode verificar na fig. 42, vai de encontro aos pressupostos anteriores, relativamente ao processo de fornecimento de *feedback* eficaz.

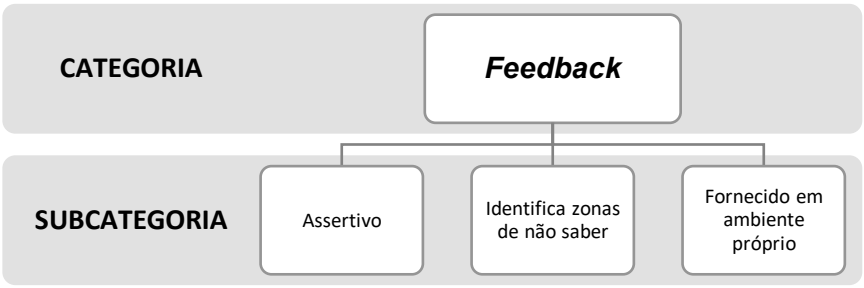


Figura 42 - Feedback: subcategorias

O processo de fornecimento de *feedback* eficaz é multifatorial e começa com a preparação do supervisor para o desenvolvimento das competências de provimento do mesmo. Porém, outros elementos devem ser considerados neste processo, entre os quais: o estabelecimento de objetivos com o supervisado, o calendário de provimento, o ambiente, a linguagem e formato utilizados, e a disposição do supervisado para receber *feedback* (Clynes & Raftery, 2008).

I. Assertivo

É amplamente reconhecido que o *feedback* é mais suscetível de ser aceite e culminar na melhoria da prática, se a informação for exposta ao supervisado de forma adequada (Dohrenwend, 2002; Zeferino, Domingues, & Amaral, 2007; Clynes & Raftery, 2008). A opinião dos participantes estava de acordo com estas perspetivas.

> *Vou (…) dar uma opinião em conversa, de maneira correta, não vou dar ordens!* ***E10VP****; É, a forma como nós [supervisor] dizemos as coisas aos colegas é importante. O tom de voz é importante, o que dizemos é importante.* ***E14VP****; Também temos que saber chamar à atenção. Temos que saber comunicar com os colegas! (…) tem que ser dito de uma maneira correta (…) sem ser autoritário, (…) sem ser a gritar, com tom de voz adequado ao contexto de trabalho, sem ser agressivo com os colegas. (…) Temos que falar com os colegas com respeito! Há pessoas que pensam que por estarem num cargo superior têm o direito de falar com os colegas de forma autoritária. (…) Tem que se utilizar uma linguagem correta, adequada, com os colegas todos, incluindo os que estamos a orientar. (…) porque ninguém gosta de ser chamado à atenção como quando éramos mais pequenos, aos berros, à frente de toda a gente. Tipo a humilhar! E eu não gosto disso!* ***E7CH****; Tentamos dizer aos colegas sobre os aspetos que devem melhorar na prática, da melhor forma possível, por causa das suscetibilidades. (…) Depende de pessoa para pessoa, há diferentes formas de dizer aos colegas como devem fazer melhor. Como podem melhorar as práticas, depende das pessoas e das condições, do momento, em que observamos essas práticas. (…) Acho que é positivo que alguém nos venha, de uma forma correta, sugerir outras maneiras de trabalhar, quando for oportuno (…) tem que ser correto e oportuno. Não é dizer por dizer, para se evidenciar…* ***E8CH****; (…) Mas, às vezes, também é preciso dizer as coisas a entrar formalmente com autoritarismo e tem que ser assim!* ***E7RP***

Collins (2004) referiu que o *feedback* deve ser dado utilizando comunicação assertiva, de modo a diminuir interpretações e/ou avaliações ambíguas e Marriot e Galbraith (2005, cit.

por Ping, 2008) entendem que este é mais eficaz se facultado de forma não-diretiva e objetiva, centrado na ação e não na pessoa.

Zeferino et al. (2007) concluíram que a efetividade do *feedback* é tanto maior quando mais assertivo, respeitoso, descritivo oportuno e específico.

Cross et al. (2010) concluíram que os participantes no respetivo estudo, sentiram satisfação em receber a informação que lhes foi transmitida, de forma construtiva, por parte dos supervisores.

De facto, a linguagem utilizada no processo de fornecimento de *feedback* é um elemento crucial na eficácia do mesmo (Clynes & Raftery, 2008), interferindo com a disposição do supervisado para o receber. Neste sentido, é fundamental que o supervisor esteja habilitado com as competências necessárias para lhe dar provimento de forma apropriada (Clynes & Raftery, 2008; James Cook University, 2011), clara e objetiva, subsidiando o desenvolvimento de competências e habilidades dos supervisados (Sealy, 2006).

II. Identifica "zonas de não saber"

Outra das carateristicas do *feedback* é o seu potencial na identificação de "zonas de não saber", pois, os enfermeiros, referiram que é muito importante dar *feedback* negativo no sentido de ajudar os supervisado a identificar lacunas que este não perceciona:

> *(…) chamar à atenção para os erros é muito importante para as pessoas. Porque, muitas vezes, nem se apercebem que os estão a fazer. E temos que ser nós [supervisores] que temos que dizer que aquela prática não está adequada, senão, é perpetuada.* ***E16CH***

O *feedback* consiste na informação fornecida ao supervisado no sentido de descrever e discutir o seu desempenho em determinada situação, criando a consciencialização para a aprendizagem, na medida em que salienta as dissonâncias entre o resultado real e o pretendido. Se a informação for capaz de produzir mudança no desempenho observado, este origina processo de aprendizagem (Zeferino, et al., 2007).

Rowntree (1987, cit. por Clynes & Raftery, 2008, p. 405) já considerava o *feedback* um especto fundamental no processo de ensino/aprendizagem, descrevendo-o como "*força vital de aprendizagem*". No entanto, o estudo de Clynes e Raftery (2008) revelou que a sua importância, amplamente reconhecida, é inconsistente com a quantidade, tipo, e tempo do *feedback* recebido pelo supervisado.

Um dos objetivos do *feedback* passa por reforçar a reflexão sobre as práticas, essencial para o desenvolvimento do supervisado, constituindo um meio que contribui para identificar, indicar, e evitar erros na sua atividade clínica, ajudando-o a avaliar a sua prática

de forma realista e fornecendo-lhe orientação no sentido de a reformular. Inclusivamente, a falta ou omissão do *feedback* pode criar incerteza, insegurança e distanciamento em relação aos objetivos propostos e a interpretação dos comportamentos de maneira absolutamente inapropriada, podendo conduzir a uma "falsa confiança" (Henderson, Ferguson-Smith, & Johnson, 2005; Zeferino, et al., 2007), na medida em que, pode autoavaliar-se de forma inadequada, podendo comparar-se com os colegas com desempenho mais apropriado (Cahill, 1996; Glover, 2000, cit. por Clynes & Raftery, 2008).

Providenciar *feedback* de forma sistemática, dá ao supervisado a oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar a sua auto perceção, contribuindo para que aprenda a autoavaliar-se de maneira coerente

No estudo de Cross et al. (2010), alguns participantes referiram que o *feedback* lhes permitiu validarem e adquirirem novos conhecimentos e práticas, sem se sentirem desvalorizados.

Salienta-se, no entanto, o facto de que, no que concerne ao conteúdo do *feedback*, este deve ser baseado não só nos conhecimentos e competências, como, também, nas atitudes e comportamentos observados pelo supervisor (Henderson et al., 2005; Menachery, Knight, Kolodner, & Wright, 2006).

Face à produção do discurso, verificamos que o *feedback* constitui um elemento fundamental na promoção da prática reflexiva, da capacidade do profissional rever as suas próprias práticas, conclusões, raciocínio e tomada de decisão, uma habilidade essencial para desenvolver o profissionalismo e aperfeiçoar as capacidades cognitivas, essenciais na prática clínica (Zeferino et al., 2007), constituindo, assim, um ingrediente essencial para a aprendizagem.

III. Fornecido em ambiente próprio

Relativamente às práticas de supervisão em uso, os enfermeiros mencionaram que era objeto da sua atenção o ambiente em que forneciam *feedback* aos colegas, criando condições para que fosse assegurada a privacidade.

Em uso

Eu tenho por norma, quando falo com um colega sobre determinado assunto, relacionado com a prestação menos boa desse colega, tenho todo o cuidado em ver se o ambiente… se estamos só os dois, se não há ninguém por perto. Tenho todo esse cuidado (…) Sempre! Falo sempre à parte! ***E6CH****; E quando a chefe vê que o trabalho não está a ser feito da melhor forma, chama-nos ao gabinete, conversa, explica e modera.* ***E8CH***

Verificamos que, relativamente a esta estratégia, as práticas em uso eram consonantes

com orientações de diferentes autores relativamente à ecologia que deve ser criada para o fornecimento de *feedback*, o qual deve ser dado num ambiente adequado, de modo a evitar interrupções, de preferência em privado, quando há tempo suficiente e oportunidade de esclarecimento e discussão, e com a devida consideração pelos sentimentos dos supervisados (Collins, 2004; Hewson & Little, 1998; Clynes, 2004; Kelly, 2007, cit. por Clynes & Raftery, 2008).

Relativamente à forma com que desejavam fornecer/receber *feedback* por parte do supervisor, ou dos colegas, os enfermeiros também manifestaram o seu interesse em que seja preparado o ambiente, no sentido de assegurar a privacidade.

Desejado

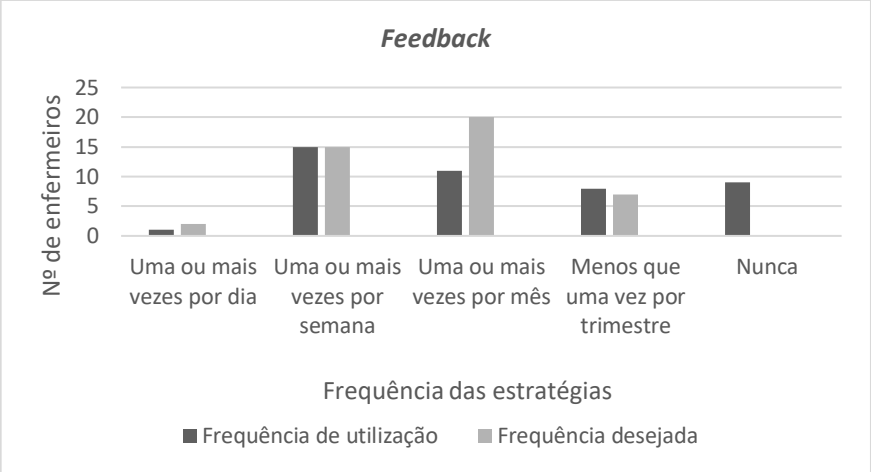
(…) tem que se ter cuidado com o que a gente fala em frente aos doentes. Senão, depois, o doente pode não confia no colega! ***E10VP****; De forma alguma eu chamaria um colega à atenção por uma prática menos boa na frente de um utente, ou de outro colega qualquer. Porque, acho que se iria tornar penalizador. Até porque, o utente iria ter uma conotação negativa desse meu colega ou dessa minha colega. E isso iria ser muito mau! Acho que se identificamos práticas de cuidados menos boas dos colegas, devemos refletir à parte, num ambiente próprio, com eles. (…) claro que é importante que o supervisor escolha o momento certo e o local, para refletir com os supervisados.* ***E6CH****; Quando estamos do outro lado, de sermos supervisados, que somos chamados á atenção, também gostamos que tenham esses cuidados connosco. Que vejam primeiro se estamos sozinhos, como é que o fazem, em que condições o fazem, (…) Para se chamar alguém à atenção temos que criar um ambiente próprio.* ***E7CH****; O melhor é, quando existe uma situação pontual, chamar imediatamente à parte e dizer – "existe esta situação, se praticares desta forma e desta e desta… se calhar tens melhores resultados".* ***E8CH***

Um dos aspetos apontados por Zeferino et al. (2007) como crucial à efetividade do *feedback*, é o facto deste ser dado com sentido de oportunidade, ou seja, dado no momento e local adequados, preferencialmente em ambiente reservado.

Clynes e Raftery (2008) também referem que ao dar *feedback* formal é essencial assegurar o tempo suficiente e o espaço adequados para o processo, garantindo que todos os aspetos da prática podem ser discutido sem interrupção, num ambiente tranquilo e privado, no sentido de encorajar à abertura e promover os dois sentidos da discussão do desempenho do supervisado.

Do ponto de vista da análise dos dados quantitativos, apresentamos, no gráfico 12, alguns resultados que foram objeto da nossa análise, no âmbito da estratégia «*feedback*».

Gráfico 12 - *Feedback*: frequência com que era utilizado/desejado



Frequência de utilização

«*Feedback*» era a 10ª estratégia mais frequentemente utilizada pelos participantes, em que 2,3% (n=1) entenderam que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 34,1% (n=15) uma ou mais vezes por semana; 25,0% (n=11) uma ou mais vezes por mês; 18,2% (n=8) menos do que uma vez por trimestre; e 20,5% (n=9) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados revelaram alguma diferença relativamente aos de Rocha (2013), onde esta estratégia era a quarta mais frequentemente implementada em CSP, ou seja, foi considerada mais frequentemente implementada, comparativamente ao nosso estudo (10ª).

Já no que respeita ao contexto hospitalar e serviços de saúde em geral (CSP e hospitalar), os nossos resultados aproximam-se mais dos de Rocha (2013), onde esta estratégia foi considerada a sexta e a sétima, respetivamente, mais frequentemente implementada. Segundo o referido estudo, o *feedback* ocupava a 16ª posição (última) no *ranking* das estratégias que os enfermeiros desejavam que nunca fossem implementadas nos serviços de saúde, o que se atribui ao facto de esta promover a consciencialização do supervisado sobre o seu desempenho, o que nem sempre é um exercício fácil, sendo por vezes sofrível.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu na 9ª posição, em que 4,5% (n=2) dos inquiridos desejaram ter *feedback* uma ou mais vezes por dia; 34,1% (n=15) uma ou mais vezes por semana; 45,5% (n=20) uma ou mais vezes por mês; e 15,9% (n=7) menos do que uma vez por trimestre; não havendo participantes que desejassem nunca receber *feedback*.

Salientamos, ainda, que os participantes desejavam que esta estratégia viesse a ser mais frequentemente utilizada, relativamente aquilo que consideraram ser a frequência da sua utilização.

Estes resultados foram um pouco diferentes dos de Rocha (2013), onde esta estratégia foi considerada a quinta mais frequentemente desejada nos CSP. No entanto, os valores vão-se aproximando aos de Rocha (2013) no que respeita ao desejo de implementação em contexto dos serviços de saúde em geral, surgindo na sexta posição e ao contexto hospitalar, em que surgiu na sétima posição do *ranking*.

Relevância

No que respeita à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia de SC foi considerada a 11ª mais relevante, em que 22,7% (n=10) consideraram-na totalmente relevante, 50,0% (n=22) muito relevante, 27,3% (n=12) relevante, e não houve nenhum enfermeiro que considerasse o *feedback* pouco relevante ou nada relevante.

Tabela 19 - *Feedback*: relevância

Feedback	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	Nada Relevante	Pouco relevante %	Relevante %	Muito relevante %	Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**0,0**	**27,3**	**50,0**	**22,7**

Estes resultados diferem um pouco dos do estudo de Pires et al. (2016), em que esta estratégia foi considerada pelos inquiridos a segunda mais relevante, em que 45,8% consideram-na totalmente relevante, 37,7% muito relevante, 15,4% relevante, 1,1% pouco relevante e nenhum enfermeiro a considerou nada relevante.

Concluindo, esta estratégia foi considerada a 11ª mais relevante, a 10ª mais frequentemente utilizada, e a nona mais desejada. Portanto, os participantes pretendiam que ela fosse mais frequentemente implementada, do que era, na realidade.

Em jeito de síntese, o *feedback* pode ser entendido como um processo de heteroavaliação, que confirma ou complementa a autoavaliação do supervisado, proporcionando-lhe um melhor autoconhecimento, facilitando o desenvolvimento das suas necessidades/potencialidades auto e hetero percecionadas (Ping, 2008), burilando, de forma construtiva, comportamentos ou atitudes (se o *feedback* é negativo) ou reforçando-os (se o *feedback* é positivo). Contudo, os comportamentos podem ser modificados, mas

as características pessoais são mais improváveis de mudar, podendo estimular uma resposta defensiva do supervisado, diminuindo a oportunidade de mudança (Eraut, 2006; Ping, 2008).

Neste sentido, também é importante a disposição do supervisado para receber *feedback*, devendo estar preparado para o aceitar e disposto a aprender, a fazer mudanças na prática e a tomar decisões que melhorem a sua prática profissional (Clynes & Raftery, 2008).

Além de desenvolverem a sua confiança e capacidade de "apreciar" os outros e/ou informação com que contactam, os supervisados precisam desenvolver capacidades reflexivas no sentido de otimizar o *feedback* recebido (Hastings, 2013).

Neste sentido, a SCE deve proporcionar tempo para os supervisado praticarem e demonstrarem o seu desenvolvimento, bem como procederem à reflexão crítica estruturada, de modo a aumentarem as capacidades de autoavaliação. Pois, o desenvolvimento destas competências ajuda-os na socialização e nas exigências da vida profissional, trabalhando através da valorização de processos de aprendizagem e descoberta.

Os benefícios também se verificam nos supervisores, como resultado de fornecerem *feedback*, o que lhes proporciona desenvolvimento pessoal e profissional, reforço das suas capacidades de comunicação e habilidades interpessoais, o que se traduz num aumento da confiança, autoestima, motivação e sentimentos de satisfação pessoal, conseguidos através da facilitação do desenvolvimento de uma outra pessoa (Clynes & Raftery, 2008).

Existem algumas barreiras que podem ser identificadas no processo de *feedback:* a preparação e o treino inadequado do supervisor; a sua educação; o ambiente desfavorável à aprendizagem; a disponibilização insuficiente de tempo. Além da preparação do supervisor, a realimentação eficaz, inclui uma apreciação das etapas do processo de *feedback*, a compreensão da resposta do supervisado e habilidades de comunicação efetiva (Clynes & Raftery, 2008).

Segundo Pinto (2013) são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 18.

Quadro 18 - Indicadores da estratégia «*Feedback*»

O supervisor fornece feedback de forma clara e objetiva
O supervisor fornece feedback de forma contínua e atempada
O supervisor fornece feedback positivo
O supervisor fornece feedback negativo
O supervisor fornece feedback sobre as competências científicas, técnicas e atitudinais
O supervisor fornece feedback num ambiente apropriado

5.5.14. RELATÓRIO REFLEXIVO

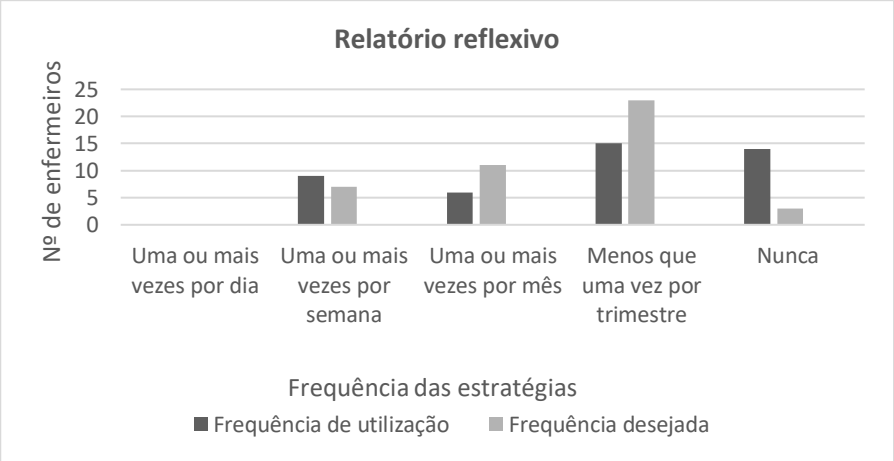
A estratégia «relatório reflexivo» não emergiu da análise dos dados qualitativos, nem relativamente à supervisão em uso, nem, tão pouco, relativamente ao que os participantes desejavam para o programa de SCE a implementar. Contudo, esta estratégia constava do questionário que foi aplicado, pelo que, apenas os dados de natureza quantitativa serão objeto da nossa análise.

O relatório reflexivo constitui uma estratégia didática de promoção da reflexão e autoavaliação, por via da elaboração de um documento escrito pelo supervisado, importante para o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Porque o ato de escrita é, por natureza, um ato reflexivo (Alarcão & Rua, 2005) e a conceção desta estratégia de supervisão, do domínio da ação-reflexão, passa pela produção de um relatório escrito de caráter narrativo ou descritivo, então, a sua função principal, tem por finalidade fomentar os mecanismos de reflexão, autoanálise, auto consciencialização e autoavaliação do supervisado (Sá-Chaves, 2000). O relatório reflexivo permite ao supervisado explanar as experiências relevantes para o seu percurso, os seus pontos de vista e conceções, que vai formulando acerca das mesmas (Sá-Chaves, 2000).

Apresentamos, no gráfico 13, os resultados relativos à frequência com que esta estratégia era utilizada nos serviços e a frequência desejada.

Gráfico 13 - Relatório reflexivo: frequência com que era utilizado/desejado



Frequência de utilização

«Relatório reflexivo» surgiu como 16ª estratégia do *ranking*, ou seja, a menos utilizada pelos participantes. Nenhum enfermeiro considerou que a utilizava uma ou mais vezes por dia; 20,5% (n=9) consideraram que a utilizavam uma ou mais vezes por semana; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por mês; 34,1% (n=15) menos do que uma vez por trimestre; e 31,8% (n=14) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados mostraram alguma semelhança relativamente aos de Rocha (2013), em que esta estratégia foi a 15ª relativamente à utilização em CSP e a 16ª no contexto hospitalar e serviços de saúde em geral.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia também surgiu em último lugar, 16ª. Nenhum dos inquiridos desejou que fosse implementada uma ou mais vezes por dia; 15,9% (n=7) desejaram que fosse implementada uma ou mais vezes por semana; 25,0% (n=11) uma ou mais vezes por mês; e 52,3% (n=23) menos do que uma vez por trimestre; e 6,8% (n=3) entenderam nunca querer que fosse implementada.

Estes resultados foram um pouco diferentes dos de Rocha (2013) no que respeita aos CSP, já que esta estratégia foi a 14ª mais frequentemente desejada. No entanto, os valores aproximaram-se quando se trata do contexto hospitalar e serviços de saúde em geral, surgindo em último lugar, 16ª.

Relevância

Tabela 20 - Relatório reflexivo: relevância

Relatório reflexivo	**1** Nada Relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**2,3**	**4,5**	**29,5**	**45,5**	**18,2**

No que respeita à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia de SC surgiu na 13ª posição do *ranking*, em que 2,3% (n=1) consideraram-na totalmente relevante, 4,5% (n=2) muito relevante, 29,5% (n=13) relevante, 45,5% (n=20) pouco relevante, e 18,2% (n=8) nada relevante.

Estes resultados são idênticos aos do estudo de Pires et al. (2016), em que esta estratégia também foi considerada pelos inquiridos a 13ª mais relevante. 1,5% consideraram-na totalmente relevante, 4,8% muito relevante, 31,5% relevante, 45,8% pouco relevante e 16,5% nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi a menos implementada e desejada, 16ª, mas foi considerada a 13ª mais relevante.

Encontramos algumas possíveis razões para estes resultados, desde logo o facto de, em termos profissionais, não termos enraizado o hábito da escrita enquanto estratégia para aprofundar a reflexão sobre as práticas.

O facto de ser uma estratégia que exige um tempo e um lugar adequados para a introspeção e respetiva documentação, também pode estar na origem da sua escassa utilização e da falta de interesse em que esta venha a ser utilizada com regularidade.

Também admitimos que, tal como refere Rua (2011), a elaboração de um relatório reflexivo, muitas vezes, constitui uma fonte de dificuldades e stress, pelo que, é natural que os enfermeiros tentem optar por estratégias mais facilitadoras.

Bishop (2006) também referiu que "tomar" esse tempo para rever e revogar o próprio trabalho, às vezes, pode ser doloroso, pelo que, o uso frequente do argumento da falta de tempo para não o fazer, pode ser uma técnica de evitação.

White e colaboradores (1998) consideraram que a reflexão escrita pode ser entendida pelos supervisados como um instrumento de avaliação e/ou crítica, pelo que, o supervisor clínico, deve proporcionar um ambiente de apoio, para que aqueles consigam expressar, através da escrita, aquilo que realmente sentem, com o propósito de, posteriormente, terem

a oportunidade de refletirem conjuntamente sobre o conteúdo do documento, sobre os pensamentos, as emoções e as ações que este "trás dentro", proporcionando a revisão e alteração de práticas menos corretas.

Rocha (2013), considera que a evidência desta estratégia ser mais desejada nos CSP que no hospital e serviços de saúde em geral, poder estar relacionada com o facto dos enfermeiros, neste contexto, poderem sentir necessidade de mais momentos de partilha e de reflexão com o supervisor clínico, devido às características dos espaços físicos.

Também nós acreditamos que a exiguidade dos CSP não é facilitadora da interação entre colegas e supervisores, levando muitas vezes a que estes estejam afastados no desempenho das suas funções, o que, eventualmente, também poderá interferir com a falta de motivação para a reflexão e partilha das experiências, quer estas sejam feitas por via do diálogo interpessoal, ou do "diálogo" através da escrita.

No entanto, num estudo sobre o uso desta estratégia, os supervosores/formadores atribuíram-lhe um significado muito positivo, salientando o seu caráter de avaliação e acompanhamento, considerando que este também representa um instrumento preponderante para a autoavaliação (Silva & Sá-Chaves, 2008).

Salientamos, ainda, que apesar de na nossa investigação, o relatório reflexivo ter sido a estratégia menos implementada e desejada, ela subiu no *ranking* (13ª) relativamente à relevância que lhe foi atribuída pelos enfermeiros. Isto deixa perceber que estes lhe reconhecem mais-valias, pois ao acompanhar a descrição dos factos com a reflexão sobre a ação, com o propósito de desencadear momentos de partilha e gestão de angústias, dificuldades e sucessos (Fonseca, 2006), torna-se num elemento facilitador do processo de reflexão sobre as práticas, "lugar" que, ao ser revisitado, permite a compreensão e consciencialização sobre o estádio de desenvolvimento, sobre o que são, o que querem, e, sobretudo, sobre o que não querem, enquanto profissionais. Ou seja, esta estratégia favorece a análise das práticas e a real perceção da atuação, permitindo a consciencialização e autoavaliação (Rua, 2011; Carvalho, 2012).

O relatório reflexivo, normalmente, também envolve conteúdos relativos às sessões de supervisão, sendo importante os supervisados considerarem essas experiências e respetivos registos, no sentido de, posteriormente, refletirem sobre os mesmos (White, et al., 1998).

Em jeito de síntese, o relatório reflexivo é uma estratégia que proporciona ao supervisado um meio de expressão (Hong & Chew, 2008) essencial para a pronunciação dos seus pensamentos, conhecimentos e emoções, permitindo-lhe dar relevo aos aspetos da prática que considera mais importantes, devidamente escoltados da reflexão crítica sobre o seu

percurso (Sá-Chaves, 2000), o que proporciona a construção progressiva do conhecimento de uma forma reflexiva, a partir das suas experiências (Silva & Sá-Chaves, 2008). Neste sentido, representa um importante instrumento de análise e avaliação, e, uma vez conservado, serve de registo e referência para memória futura, ao mesmo tempo que serve de forma de expressão do supervisado (Hong & Chew, 2008).

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 19.

Quadro 19 - Indicadores da estratégia «Relatório reflexivo»

O supervisor analisa o relatório reflexivo do supervisionado
O supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo

5.5.15. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: TELEFONE

Supervisão à distância, por telefone, é uma estratégia que permite aceder ao supervisor/supervisado, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Os desenvolvimentos ocorridos no uso de tecnologia, ao longo dos últimos 100 anos, a maioria dos quais vieram à tona nas últimas 4-5 décadas (Arnekrans, DuFresne, Neyland, & Rose, 2014), têm vindo a facilitar o desenvolvimento de estudos no âmbito dos avanços tecnológicos e novas práticas de trabalho, no sentido de incentivar a adoção e aceitação da SC (Butterworth et al., 2008), inclusivamente, com o incremento da utilização das tecnologias da informação e comunicação [TIC], encontrando-se, entre as mais comuns, o telefone, o *e-mail*, o *skype*® *e a* videoconferência.

Neste sentido, neste, e nos próximos subtítulos, vamos debruçar-nos sobre a análise do que denominámos de estratégias de supervisão à distância, através de recursos tecnológicos que permitem a comunicação e transmissão de informação sem a presença física dos agentes envolvidos, com a utilização de: telefone, *e-mail*, s*kype*® *e* videoconferência (Todd & O'Connor, 2005; Prado & Rosa, 2008). Estes recursos tecnológicos têm vindo a permitir que os supervisores recolham mais informações do que nunca, sobre os supervisados e clientes (Arnekrans et al., 2014).

A «**supervisão à distância: telefone**» emergiu dos dados qualitativos, enquanto categoria que remete para uma das estratégias de SCE que era utilizada nos serviços, face à qual identificámos as subcategorias: «facilita a reflexão»; «facilita o apoio profissional»; e «facilita o apoio emocional». A "supervisão à distância: telefone" também emergiu como estratégia proposta pelos participantes para o programa de supervisão a implementar.

Relativamente à supervisão em uso nos serviços, os participantes referiram-se à utilização do telefone como um recurso que permitia ao supervisor e ao supervisado, estabelecerem comunicação entre si, em tempo real, para reflexão sobre práticas e obtenção de apoio, tal como é vaticinado na própria definição desta estratégia.

Em uso

(…) agora temos telemóvel. Podemos ligar para os colegas e não pagamos, (…). ***E11VP****; Nós temos todos os telefones do ACES e, assim, há aspetos da supervisão que se podem fazer por telefone.* ***E12VP****; Portanto, qualquer coisa, qualquer dúvida que a gente tenha, também telefonamos para a Enfermeira Chefe e tiramos as dúvidas Ela vai-nos ouvindo!* ***E1VP****; (…) é também possível fazer supervisão frequente a nível de conversas com o próprio profissional, até por telefone.* ***E7RP****; A Chefe usa muito o telefone para comunicar connosco, saber como estão as coisas, os cuidados… porque nós estamos mais distantes da sede.* ***E9VP***

Em Portugal, nos serviços de saúde públicos, é prática comum os enfermeiros terem acesso a telemóvel de serviço, constituindo um recurso facilitador da supervisão à distância, a que os enfermeiros têm acesso, permitindo ao supervisado aceder ao supervisor clínico mais facilmente, principalmente, quando a distância é um obstáculo.

No estudo de Rocha (2013), são os enfermeiros dos CSP que mais desejam a utilização da supervisão por telefone, comparativamente aos que trabalham em contexto hospitalar, ou nos serviços de saúde em geral.

Também Rocha (2014) concluiu que, tal como sugere a evidência, o recurso a SC à distância, como o uso do telefone, constituía uma realidade cada vez mais presente nos contextos, inclusivamente foi uma das estratégia utilizadas no projeto C-S2AFECARE-Q, como meio facilitador da comunicação e partilha entre supervisores e supervisados, quando a presença física conjunta não era possível. Neste caso, o contacto direto via telefone, com alguns dos investigadores cuja presença era mais assídua no CHMA, era privilegiada pelos enfermeiros supervisores clínicos.

Os participantes desejam que a supervisão à distância por telefone seja uma das estratégias a integrar no programa de SCE a implementar nos serviços.

Desejado

(…) podíamos usar o telefone para ter esse apoio. ***E10VP****; (…) Eu acho que sim! O telefone pode ajudar na supervisão. (…) normalmente, o telefone permite estar mais em contacto com a pessoa. O ideal seria presencial, mas, se por qualquer motivo não for possível ir ligando para saber como estão as coisas, pode facilitar a supervisão.* ***E11VP****; (…) o telefone pode ser um meio para fazer*

alguma supervisão. ***E14VP****; Não sei! Uma coisa é a gente estar a ver, outra é estar a conversar! Mas sim, poderá ser uma oportunidade! O telefone pode ser uma estratégia útil na supervisão, uma vez que nós temos essa facilidade. Nós utilizamos muito entre colegas. Como supervisão não faço ideia! Mas pode ser útil!* ***E7VP****; Sem dúvida, para nós, que estamos mais distantes, nas extensões, o telefone é mais rápido. É uma boa alternativa para a supervisão. Se não puder estar um supervisor permanente, o telefone é uma boa alternativa. (…) Sim, o telefone seria útil para fazer supervisão mais à distância.* ***E9VP***

O telefone móvel é um tipo de equipamento que tem vindo a ser cada vez mais utilizado entre os profissionais de saúde, para estabelecerem contacto imediato.

Verificámos que os enfermeiros de diferentes unidades funcionais (USF, UCSP, UCC, ECCI) dos CS do ACeS onde desenvolvemos a investigação, utilizavam este recurso para contatarem entre si, inclusivamente, dentro dos CS, visto que, frequentemente, trabalhavam em gabinetes individuais. Contudo, usam estes recursos, principalmente, quando prestavam cuidados na comunidade ou no domicílio, para pedirem apoio, tirar dúvidas, colherem informações, entre outros.

Este recurso era particularmente importante para os enfermeiros dos CS que trabalhavam nas Extensões de Saúde, e para aqueles prestavam cuidados na comunidade e domicílios, em áreas geográficas mais distantes, mais dispersas ou remotas, que enfrentavam barreiras no seu trabalho, incluindo o isolamento profissional.

Em circunstâncias semelhantes às vivenciadas por estes enfermeiros, a SCE tem vindo a emergir como um mecanismo através do qual os profissionais de saúde e entidades rurais Australianas, procuram resolver estas questões. Ainda assim, o fornecimento da SCE é, em si mesmo, dificultado pelas barreiras supracitadas, aumentando o risco para a qualidade dos cuidados, para os trabalhadores e organizações (Wagner et al., 2008).

Todd e O'Connor (2005) também concluíram que o acesso à SCE pode ser particularmente problemático para os profissionais de localidades rurais ou remotas, sugerindo que as dificuldades de acesso e participação na mesma, podem ser aliviadas por algumas estratégias de supervisão à distância, entre as quais, a supervisão por telefone.

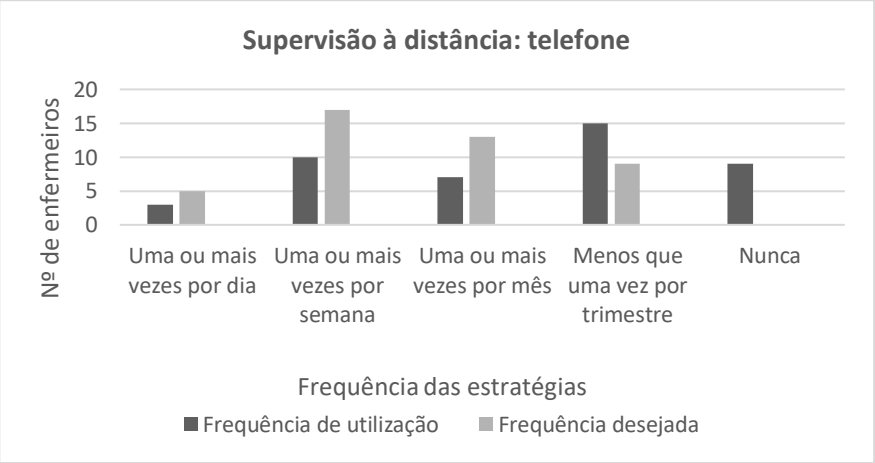
Thompson e Winter (2004) utilizaram a supervisão por telefone para difundir a SC ao nível de um Primary Care Trust, sendo que, para a sua realização, era agendado um tempo conveniente entre o supervisor e o supervisado, para que o primeiro pudesse telefonar, registando as questões do segundo numa base de dados, onde também regista outros dados relevantes. Apesar de não ter sido analisada a eficácia da SC, os autores consideraram o projeto um sucesso, na medida em que se verificou a expansão das atividades de SC no PCT.

Robson e Whelan (2006) concluíram que o uso do telefone era mais significativo para os supervisados que trabalhavam em zonas mais isoladas, ou em pontos à parte do seu local de trabalho principal, tal como acontece com os participantes do nosso estudo, principalmente, os que trabalham nas extensões, que têm menos acessibilidade à supervisão presencial do que os colegas que trabalham nas Sedes dos CS.

Argumentos como a facilitação da comunicação e partilha entre supervisores clínicos e supervisados, também são apontados nos estudos de Pinto (2013), Rocha (2013) e Rocha (2014), na medida em que a supervisão por esta via se processa sem a necessária presença física dos intervenientes "encurtando distâncias".

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada e a frequência desejada pelos enfermeiros, apresentamos, no gráfico 14, alguns resultados objeto de análise.

Gráfico 14 - Supervisão à distância, telefone: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

Relativamente à frequência da sua utilização, a «supervisão à distância: telefone» foi a oitava do *ranking*. 6,8% (n=3) consideraram que era utilizada uma ou mais vezes por dia; 22,7% (n=10) uma ou mais vezes por semana; 15,9% (n=7) uma ou mais vezes por mês; 34,1% (n=15) menos do que uma vez por trimestre; e 20,5% (n=9) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados são um pouco diferentes dos de Rocha (2013), em que esta estratégia era a 11ª mais frequentemente utilizada em contexto de CSP, a 12ª nos serviços de saúde em geral e a 13ª no contexto hospitalar. Contudo, como outras estratégias de supervisão à distância, esta foi uma das que os enfermeiros apontaram como menos frequentemente

utilizadas, sendo os resultados próximos no que respeita aos CSP, serviços de saúde em geral, e hospital.

Relativamente às estratégias de SCE que nunca são implementadas, quer em contexto de CSP, serviços de saúde em geral ou hospitalar, «supervisão à distância: telefone» é apontada por Rocha (2013) na segunda posição no *ranking*, sendo que, relativamente a este último contexto, a autora considerou os resultados de acordo com Marrow e colaboradores (2002), que referem que as estratégias de supervisão à distância não são muito aplicadas neste contexto.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu em 14º lugar. 11,4 (n=5) dos inquiridos desejavam que fosse utilizada uma ou mais vezes por dia; 38,6% (n=17) desejavam que fosse utilizada uma ou mais vezes por semana; 29,5% (n=13) uma ou mais vezes por mês; e 20,5% (n=9) menos do que uma vez por trimestre; e nenhum enfermeiro desejava que nunca fosse utilizada.

Estes resultados continuam diferentes dos de Rocha (2013), no que respeita aos CSP, onde esta estratégia surgiu em 11ª. No entanto, os resultados vão-se aproximando quando se trata do contexto de serviços de saúde em geral (12ª) e hospitalar (13ª). Relativamente ao desejo de implementação da estratégia, a autora salientou as diferenças estatísticas significativas entre os enfermeiros dos CSP e os do hospital, sendo os enfermeiros dos CSP que mais desejaram a sua utilização.

Relevância

Esta estratégia foi considerada a 14ª mais relevante, entre as 16. 15,9 % (n=7) dos inquiridos consideraram-na totalmente relevante, 31,8% (n=14) muito relevante, 47,7% (n=21) relevante; 4,5% (n=2) pouco relevante; nenhum dos inquiridos a considerou nada relevante.

Tabela 21 - Supervisão à distância por telefone: relevância

Supervisão à distância: telefone	**1** Nada Relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**0,0**	**4,5**	**47,7**	**31,8**	**15,9**

Estes resultados apresentam alguma proximidade aos de Pires et al. (2016) no que respeita ao posicionamento no *ranking*, onde foi considerada a 15ª mais relevante: 7,7% consideraram-na totalmente relevante, 16,5% muito relevante, 41,4% relevante, 25,3% pouco relevante, e 9,2% nada relevante.

Em forma de síntese, esta estratégia foi a oitava relativamente à frequência da sua utilização, descendo para 14ª quanto ao desejo da frequência de utilização, ocupando a mesma posição (14ª) relativamente à relevância que lhe foi conferida pelos inquiridos.

5.5.15.1. Supervisão à distância por telefone: caraterísticas

Relativamente à supervisão em uso, foram identificadas as subcategorias que constam da fig. 43.

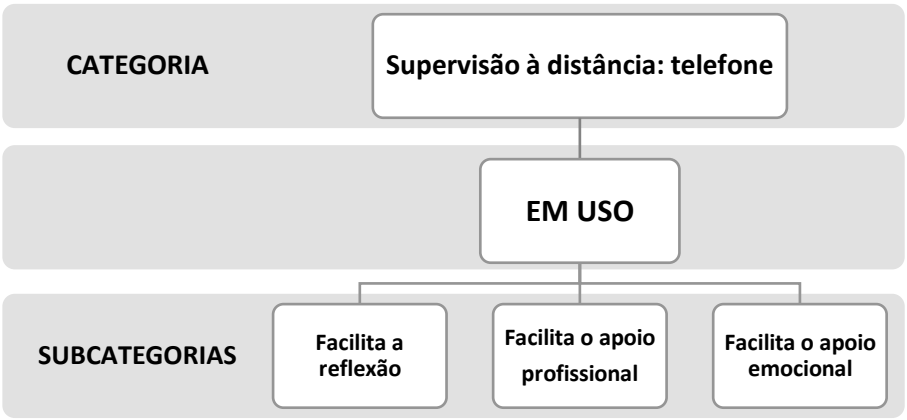


Figura 43 - Supervisão à distância telefone: subcategorias

I. Facilita a reflexão

Sim, às vezes utilizamos o telefone como forma de discutir coisas e tirar dúvidas entre nós.(…) Porque, às vezes, estamos sozinhas e não temos mais ninguém ali [na extensão]. Então, telefonamos para quem se sabe que está mais dentro do assunto para discutir sobre algumas coisas que precisamos. ***E10VP****; (…) Sim, usamos o telefone para refletirmos uns com os outros sempre que há necessidade. Só se acharmos que temos dúvidas! Como estamos muito separados, o telefone ajuda na reflexão. (…) Sim! O telefone é o mais prático que temos agora para refletirmos algumas coisas com os colegas.* ***E9VP***

II. Facilita o apoio profissional

Mas, mesmo assim, por telefone, consegue-se ajudar os colegas. Quando tenho uma dúvida, ligo para uma colega que eu entendo que esteja mais dentro do assunto e, por telefone, ela esclarece e ajuda. (…) todos nós… a maior parte de nós, quando temos dúvidas telefonamos ao colega que

entendemos melhor, para saber se se está a agir bem. Só para dar segurança já é bom! ***E9VP****; (…) às vezes telefonamos para quem está mais dentro do assunto para nos dar esse apoio. Mas, se estivesse ali alguém presente, a gente preguntava.* ***E10VP***

III. Facilita o apoio emocional

Quando também preciso de apoio, quando quero desabafar, ligo a colegas, e elas a mim, e desabafamos mesmo por telefone. Porque, aqui, estamos mais distantes da sede. (…) Também usamos o telefone para o apoio emocional. ***E9VP***

Tendo-se verificado, nas últimas décadas, uma (r)evolução a nível tecnológico, sem paralelo na história, é importante que as diferentes áreas de atividade acompanhem estas evoluções no sentido de usufruírem, extraindo-lhes mais-valias profissionais e disciplinares.

Neste caso específico, e como referiram os participantes, colocar os meios tecnológicos da área da comunicação ao serviço da SCE, pode ser uma estratégia muito útil para aceder à reflexão e ao apoio, nas suas diferentes dimensões, fornecidos pelo supervisor clínico. Neste caso, o telefone constui um recurso que facilita a comunicação e interação entre estes implicados no processo, dando uma outra dimensão à distância física que os separa, permitindo que os contextos locais sejam ampliados e se articulem a contextos mais amplos, "deixando de existir" limites físicos (Todd & O'Connor, 2005; Prado & Rosa, 2008).

O recurso a estratégias de SC à distância também veio facilitar a comunicação e interação entre profissionais que sofrem o impacte da rotatividade de horários, impostos pela crescente carga horária de trabalho, onde a utilização do telefone, de acordo com o que é referido na evidência, facilita a comunicação e interação, "diminuindo" as distâncias físicas (Prado & Rosa, 2008; Rocha, 2014).

Segundo Robson e Whelan (2006), o recurso ao telefone torna-se mais útil quanto mais envolvente for a relação entre o supervisor e o supervisado, e mais relevante para os supervisados que vivem mais longe, ou que trabalham numa instituição à parte do seu local de trabalho principal, que é o caso de alguns dos nossos participantes, cujos locais de trabalho são as Extensões de saúde. Estes autores referem ainda que, não obstante a necessidade de mais evidência científica em torno da utilização do telefone nos processos supervisivos, o uso deste recurso tecnológico pode ser relevante, nomeadamente, quando não é possível, pela distância, estabelecer-se uma relação presencial entre os envolvidos na SC.

Segundo Todd e O'Connor (2005), pode-se tirar partido deste e outros recursos tecnológicos na SC, tais como na formação estruturada e formal de supervisores e supervisados, quando a capacidade de o fazer vai para além dos recursos de muitas

organizações, e numa variedade de estratagemas que podem ser usados para apoiar os supervisores clínicos e supervisados, incluindo:

- facilitar o acesso a um supervisor clínico experiente, para orientação, apoio e aconselhamento (por exemplo, telefone de serviço);
- estabelecer redes de apoio de pares entre supervisores clínicos;
- agendamento de reuniões regulares/teleconferências para supervisores como um fórum para o intercâmbio de ideias, experiências, resolução de problemas e suporte;
- fornecer ferramentas e recursos para orientar as práticas supervisiva.

A supervisão por telefone também é considerada uma boa estratégia relativamente ao custo-benefício (a supervisão face-a-face pode ter custos de viagem e alojamento, significativos para os profissionais de áreas rurais/remotas), sendo considerada melhor que algumas sessões face-a-face que são realizadas, numa primeira instância, para estabelecer melhor relacionamento (Todd & O'Connor, 2005).

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 20.

Quadro 20 - Indicadores da estratégia «Supervisão à distância: telefone»

O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado

5.5.16. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: *E-MAIL*

A supervisão à distância via *e-mail* consiste numa estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

O *e-mail* é um dos recursos tecnológicos que tem vindo a ser adotado nas práticas de trabalho e na SC, no sentido de incentivar a sua adoção e aceitação, bem como, de facilitar as atividades supervisiva (Butterworth et al., 2008), na medida em que consiste numa estratégia que facilita a comunicação e transmissão de informação sem a presença física dos envolvidos (Todd & O'Connor, 2005; Prado & Rosa, 2008).

A «**supervisão à distância: *e-mail***» emergiu dos dados qualitativos, enquanto categoria

que se refere a uma das estratégias de SCE utilizada nos serviços, donde emergiu a subcategoria «dificuldades com as TIC». Esta é, também, uma estratégia proposta pelos participantes para o programa de supervisão a implementar.

Neste sentido, relativamente à supervisão em uso, os participantes referiram-se à utilização do *e-mail* como um recurso que lhes permitia estabelecerem comunicação entre si, em tempo real, ou acordado, que, no caso específico, era usado pelo "supervisor" para divulgar algumas atividades inerentes à supervisão.

> *A Enfª Chefe também usa o e-mail para nos informar de algo, marcar uma reunião, marcar uma formação. Algo a nível de organização do serviço.* ***E9VP***

Também é prática comum nos nossos serviços de saúde os profissionais terem acesso a *e-mail* de serviço, consistindo num recurso facilitador da supervisão, principalmente, quando esta é realizada à distância, permitindo ao supervisado e supervisor clínico, acederem mais facilmente um ao outro, particularmente, quando a distância é um obstáculo.

Graf e Stebnicki (2002) concluíram que, ao recorrerem à supervisão via *e-mail*, os supervisados revelaram que esta estratégia lhes forneceu mais apoio e recursos, considerando-a um excelente complemento e suporte às estratégias de supervisão presencial.

Os participantes desejaram que a supervisão à distância, por *e-mail,* fosse uma das estratégias a integrar no programa de SCE a implementar nos serviços.

> *E o e-mail também é uma boa alternativa para ter acesso a supervisão.* ***E9VP****; Podíamos, até, adotar a estratégia de reunirmos menos vezes para sessões de supervisão presencial. E usar o e-mail para a supervisão mais frequente.* ***E12VP***

No estudo de Cruz (2012), a comunicação via *e-mail,* entre os intervenientes no processo de SCE, foi uma realidade entre enfermeiros *major*, enfermeiros *major* do mesmo serviço e entre supervisados *major*.

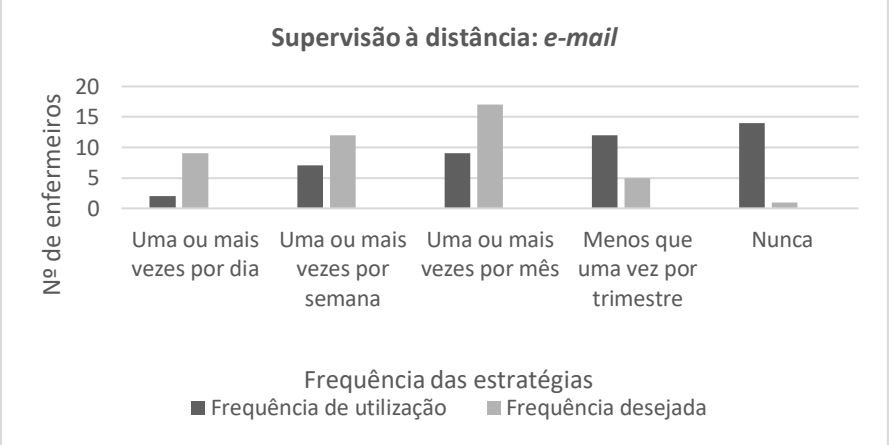
Segundo o estudo de Rocha (2014), o *e-mail* constituiu um recurso à disposição dos enfermeiros do CHMA envolvidos no projeto C-S2AFECARE-Q, sendo privilegiado pelos supervisores esta via de contacto, bem como, o contacto direto via telefone. Os enfermeiros referiram que esta estratégia (e outras de supervisão à distância) foi muito utilizada, inclusivamente, mais do que estratégias presenciais. Até porque lhes permitiu "jogar" com os horários de trabalho, permitindo assegurar a comunicação, a interação e o debate, no âmbito da SCE.

A evidência sugere que o recurso a este tipo de estratégias de SC à distância é uma realidade cada vez mais presente nos diferentes contextos, pois, na impossibilidade da presença física dos intervenientes, facilita a comunicação e partilha entre si, diminuindo distâncias físicas (Thompson & Winter, 2004; Todd & O'Connor, 2005; Wagner et al., 2008). Inclusivamente, Todd e O'Connor (2005) sugeriram que na impossibilidade de estabelecer correspondência via *e-mail*, por dificuldade de acesso à internet, esta se estabeleça por cartas dirigidas às pessoas implicadas.

Argumentos de facilitação da comunicação e partilha entre supervisores clínicos e supervisados, com recurso à estratégia de SC á distância por *e-mail,* também são apontados nos estudos de Pinto (2013), Rocha (2013) e Rocha (2014), pois, também nestes casos, a SCE se processou sem a necessária presença física dos intervenientes.

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada e a frequência desejada, apresentamos, no gráfico 15, resultados objeto de análise.

Gráfico 15 - Supervisão à distância, *e-mail*: frequência com que era realizada/desejada



Frequência de utilização

Relativamente à frequência da sua utilização, a «supervisão à distância: e-mail» surgiu em nono lugar do *ranking*. 4,5% (n=2) consideraram que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 15,9% (n=7) uma ou mais vezes por semana; 20,5% (n=9) uma ou mais vezes por mês; 27,3% (n=12) menos do que uma vez por trimestre; e 31,8% (n=14) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados são próximos dos de Rocha (2013), em que esta estratégia foi considerada a 10ª mais frequentemente utilizada em contexto de CSP, 11ª nos serviços de saúde em geral e 12ª no contexto hospitalar.

Relativamente às estratégias de SCE que nunca eram implementadas, quer em contexto de CSP ou hospitalar, «supervisão à distância: *e-mail*» foi apontada por Rocha (2013) na terceira posição no *ranking*, sendo que, relativamente ao contexto hospitalar, de acordo com Marrow e colaboradores (2002), as estratégias de supervisão à distância não são muito utilizadas.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu em quinto lugar. 20,5 (n=9) dos inquiridos desejavam a sua implementação uma ou mais vezes por dia; 27,3% (n=12) desejavam uma ou mais vezes por semana; 38,6% (n=17) uma ou mais vezes por mês; 11,4% (n=5) menos do que uma vez por trimestre; e 2,3% (n=1) desejavam que nunca fosse utilizada.

Estes resultados são significativos, já que esta estratégia foi expressivamente mais desejada pelos participantes (5ª), entre as estratégias de supervisão à distância (14ª– telefone; 15ª-*skipe*).

Os resultados também foram significativamente diferentes dos de Rocha (2013) no que respeita aos CSP e serviços de saúde em geral, onde esta estratégia surgiu em 10ª, distanciando-se ainda mais ainda no que respeita ao contexto hospitalar (12ª). Relativamente ao desejo de implementação desta estratégia a autora salientou diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros dos CSP e os do hospital, sendo os primeiros que mais desejaram a sua utilização.

Relevância

Relativamente à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia surgiu na 15ª posição. 11,4% (n=5) dos inquiridos consideraram-na totalmente relevante, 31,8% (n=14) muito relevante, 43,2% (n=19) relevante, 11,4% (n=5) pouco relevante, 2,3% (n=1) dos inquiridos consideraram-na nada relevante.

Tabela 22 - Supervisão à distância por *e-mail*: relevância

Supervisão à distância: *e-mail*	**1** Nada Relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**2,3**	**11,4**	**43,2**	**31,8**	**11,4**

Estes resultados apresentam-se próximos aos de Pires et al. (2016) no que respeita ao posicionamento no *ranking*, onde esta estratégia foi considerada a 14ª mais relevante.

Em forma de síntese, os resultados apresentaram alguma disparidade, pois esta estratégia era a nona mais frequentemente utilizada, a quinta mais desejada, contudo, foi a 14ª no *ranking* da relevância atribuída pelos enfermeiros.

Stebnicki e Glover (2001) relataram benefícios da e-supervisão por *e-mail*, incluindo o acesso contínuo a uma abordagem supervisiva da prática clínica. Janoff e Schoenholz (1999, cit. por Stebnicki & Glover, 2001), indicaram que os supervisados acharam útil, no sentido de colocarem questões específicas que podem ser respondidas *on-line,* e, posteriormente, face-a-face, nas reuniões/sessões de supervisão.

5.5.16.1. Supervisão à distância por e-mail: caraterísticas

Dos dados qualitativos emergiu a subcategoria «dificuldades com as TIC», relativamente à supervisão em uso, conforme a fig. 44.

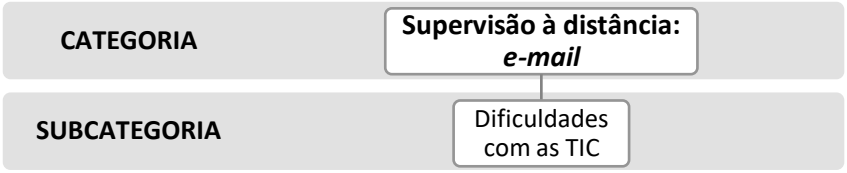


Figura 44 - Supervisão à distância *e-mail*: subcategoria

Neste sentido os enfermeiros referiram:

> *Não me parece que seja muito viável usar o mail na supervisão. Não sei?! Talvez um dia mais tarde! Mas, agora, acho que não temos condições.* ***E18VP****; Mas nem sempre existe mail, e o telefone é mais rápido que o mail. Mas, também, nem sempre se tem rede! Tem alguns problemas, este tipo de recurso, mas é uma boa alternativa, sem dúvida!* ***E9VP***

Segundo Todd e O'Connor (2005), a SC pode tirar partido da utilização do *e-mail* na formação formal e estruturada de supervisores e supervisados, quando a capacidade de o fazer vai para além dos recursos das organizações, assim como em atividades que podem ser usadas para apoiar os supervisores e supervisados, inclusivamente: facultar acesso a um supervisor clínico experiente para orientação, apoio e aconselhamento através do *e-mail* de serviço; estabelecer redes de apoio entre supervisores clínicos; agendamento de reuniões regulares para supervisores para o intercâmbio de ideias, experiências, resolução

de problemas e suporte; facultar ferramentas e recursos para orientar as práticas supervisiva.

Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 21.

Quadro 21 - Indicadores da estratégia «Supervisão à distância: *e-mail*»

O supervisor responde aos *e-mails* do supervisionado no tempo acordado

5.5.17. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: *SKYPE*®

A supervisão à distância: *skype*® não é uma categoria que tenha emergido dos dados de natureza qualitativa, pelo que a análise tem por foco apenas os dados de natureza quantitativa.

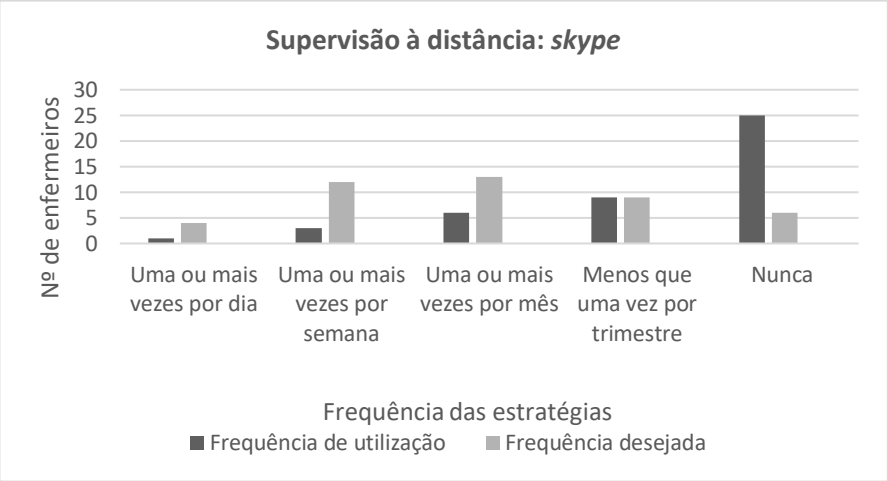
A supervisão à distância via s*kype*® consiste numa estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

O s*kype*® é uma aplicação gratuita (que possibilita videoconferência) que permite comunicar e colaborar com outras pessoas que estejam à distância, que também o utilizem, através de mensagens instantâneas, chamadas de voz e videochamadas, facilitando a partilha de experiências, podendo até realizar as videochamadas em grupo com a versão mais recente desta aplicação. Uma das vantagens desta plataforma de comunicação é que pode ser utilizada no dispositivo que mais convier, incluindo o telemóvel, o computador, ou um aparelho de televisão com o s*kype*® incorporado (Microsoft, 2015).

Face às dificuldades no estabelecimento de comunicação não-verbal, através do telefone e *e-mail*, a qual tem um papel muito importante na comunicação entre o supervisor e o supervisado, o recurso à supervisão à distância via *skype*® pode constituir uma boa alternativa para colmatar esta dificuldade, na medida em que permite comunicar verbalmente e não verbalmente, em simultâneo, através da projeção das imagens dos intervenientes (ainda que com as respeitantes condicionantes). Não obstante os benefícios, Kerfoot (2010) alerta para o facto do conteúdo visual proporcionado pelo *skype*® poder constituir um elemento condicionante da atenção dos intervenientes, dificultando a perceção da mensagem.

Sob o ponto de vista da análise dos dados quantitativos, relativamente à frequência com que esta estratégia era utilizada e frequência desejada, apresentamos, no gráfico 16, resultados objeto de análise.

Gráfico 16 - Supervisão à distância por *skype*®: frequência com que era utilizada/desejada



Frequência de utilização

Relativamente à frequência da sua utilização, a «supervisão à distância: s*kype*®» foi a 13ª do *ranking*. 2,3% (n=1) consideraram que a utilizavam uma ou mais vezes por dia; 6,8% (n=3) uma ou mais vezes por semana; 13,6% (n=6) uma ou mais vezes por mês; 20,5% (n=9) menos do que uma vez por trimestre; e 56,8% (n=25) referiram que esta estratégia nunca era utilizada.

Estes resultados são próximos dos de Rocha (2013), em que esta estratégia foi a 13ª mais frequentemente utilizada em contexto de CSP e nos serviços de saúde em geral, e 14ª no contexto hospitalar. Segundo a referida autora, a estratégia de supervisão à distância por *skype*® foi a mais referida pelos enfermeiros como nunca implementada a nível dos serviços de saúde em geral e a nível hospitalar.

Marrow e colaboradores (2002) também concluíram que as estratégias de supervisão à distância não são muito utilizadas principalmente a nível hospitalar.

Frequência desejada

No que diz respeito ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu em 15º lugar, em que 9,1 (n=4) dos inquiridos desejavam que fosse usada uma ou mais vezes por dia; 27,3% (n=12) desejavam que fosse usada uma ou mais vezes por semana; 29,5%

(n=13) uma ou mais vezes por mês; e 20,5% (n=9) menos do que uma vez por trimestre; 13,6% (n=6) desejavam que nunca fosse utilizada.

Aqui, os resultados também são próximos dos de Rocha (2013) no que respeita aos CSP, onde surge em 13ª do *ranking,* e dos serviços de saúde em geral, onde surge em 14ª, e, no que respeita ao contexto hospitalar, ocupa a mesma posição. A autora refere, ainda, que a estratégia «supervisão à distância: *skype*®» foi a que mais enfermeiros desejaram que nunca fosse implementada nos serviços de saúde (SS), no contexto hospitalar e nos CSP.

Relevância

Relativamente à relevância atribuída pelos participantes, esta estratégia surgiu na 16ª posição. 9,1% (n=4) dos inquiridos consideraram-na totalmente relevante, 15,9% (n=7) muito relevante, 54,5% (n=24) relevante; 9,1% (n=4) pouco relevante; e 11,4% (n=5) dos inquiridos consideraram-na nada relevante.

Tabela 23 - Supervisão à distância por *skype*®: relevância

Supervisão à distância: *skype*®	**1** Nada Relevante %	**2** Pouco relevante %	**3** Relevante %	**4** Muito relevante %	**5** Totalmente relevante %
Relevância	**11,4**	**9,1**	**54,5**	**15,9**	**9,1**

Estes resultados são idênticos aos de Pires et al. (2016), no que respeita ao posicionamento no *ranking*, em que esta estratégia também foi considerada pelos inquiridos a 16ª mais relevante.

Em forma de síntese, os resultados relativos a esta estratégia apresentam alguma semelhança, pois é a 13ª mais frequentemente utilizada, a 15ª quanto ao desejo da frequência de utilização, e a 16ª no *ranking* da relevância que foi atribuída pelos enfermeiros.

Salientamos o facto dos resultados mostrarem que as estratégias de supervisão à distância telefone e *e-mail* eram mais utilizadas e desejadas pelos inquiridos do que o *skype*®. Isto talvez se devesse ao facto de, tal como referiram relativamente ao *e-mail*, considerarem que ainda subsistiam, nos serviços onde realizámos o estudo, alguns problemas relativamente aos recursos informáticos existentes, bem como a familiaridade, facilidade e preparação do pessoal para o acesso a tipo de ferramentas.

(…) nem sempre se tem rede! Este tipo de recurso tem alguns problemas, mas é uma boa alternativa, sem dúvida! ***E9VP****; (…) Talvez um dia mais tarde… mas agora acho que não temos condições.* ***E18VP***

Apesar das dificuldades que os participantes também relataram na obtenção de rede de telemóvel, preferem esta estratégia em detrimento do uso do *skype*®, dado o contacto por telefone ser mais rápido.

(…) o telefone é mais rápido (…) mas também nem sempre se tem rede! ***E9VP***

Efetivamente, estes achados não corroboram os de Marrow et al. (2002), que concluíram que os enfermeiros preferiam o *skype*®, em detrimento do uso do telefone ou e-mail. Segundo Pinto (2013), são indicadores desta estratégia os que apresentamos no quadro 22.

Quadro 22 - Indicadores da estratégia «Supervisão à distância: *skype*®»

O supervisor está disponível via S*kype* para contacto com o supervisionado no horário acordado

5.5.18. SUPERVISÃO À DISTÂNCIA: VIDEOCONFERÊNCIA

«**Supervisão à distância: videoconferência**» consiste numa estratégia de SC que emergiu dos dados de natureza qualitativa como uma categoria, apenas no que respeita à supervisão proposta, pelo que, a análise tem por foco apenas os referidos dados; até porque, esta estratégia também não integra o questionário que foi aplicado para obtenção de dados de natureza quantitativa, não nos permitindo a triangulação.

A supervisão à distância via videoconferência, consiste numa estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio (Pinto, 2013; Rocha, 2013), recorrendo a ferramentas próprias.

Videoconferência é uma forma de comunicação interativa, feita em tempo real, entre dois ou mais participantes, separados fisicamente, através da transmissão sincronizada de áudio, dados e vídeo, com recurso a sistemas que permitem a participação/colaboração entre os utilizadores, compartilhando informações e materiais de trabalho (Instituto Politécnico de Beja, 2015).

Existem vários sistemas interpessoais de videoconferência, entre os quais o s*kype*®, que podem ser caracterizados como:

- videoconferência "ponto a ponto" - entre dois participantes separados fisicamente;
- videoconferência "multiponto" - entre mais de dois participantes separados fisicamente.

É imprescindível ter em atenção os recursos necessários para usufruir deste tipo de comunicação, desde o pessoal devidamente formado para a sua utilização e fornecimento de apoio, aos recursos informáticos (hardware e software), local e tempo disponível para a sua para a sua realização. Também é necessário ter em atenção os procedimentos de envio prévio da informação sobre a videoconferência como: quem a solicita, marcação de salas, informação concreta sobre a reunião, sobre os participantes remotos e sobre os participantes que irão utilizar a sala (Instituto Politécnico de Beja, 2015).

Relativamente ao proposto pelos participantes, no que respeita a este tipo de estratégia, estes referiram:

> *(…) usar a videoconferência, por exemplo, para o supervisor não ter que se deslocar tantas vezes aos serviços.* ***E12VP****; Se calhar é capaz de ser útil. Apesar de cá ainda não se usar muito as videoconferências e essas coisas assim, eu acho que, no caso das extensões, pode ser útil ter supervisão através da videoconferência (…) Mas não costumamos fazer videoconferência. Mas era interessante usar.* ***E10VP****; Sim, seria engraçado usar a videoconferência para os colegas que estão mais distantes, nas extensões, para não terem que vir aqui aos encontros no CS.* ***E11VP****; (…) mesmo através das videoconferências com outros colegas de outros locais. E temos às vezes momentos "mortos" em que podemos praticamente marcar uma coisa e aceder a uma videoconferência para refletir sobre os problemas que temos nos nossos locais de serviço em concreto, e ver se haveria alguma coisa dos outros lados que a gente poderia aplicar e que poderia contribuir para melhorarmos. (…) Se não temos a oportunidade de estarmos presencialmente, podemos fazer através das conferências. Marcar um encontro na internet e discutir esses problemas (…)* ***E5RP****; Videoconferência, ou do género, sim, era uma boa alternativa, sem dúvida! Acho que era muito útil para termos supervisão.* ***E9VP***

Marrow e colaboradores (2002) treinaram 40 enfermeiros em SC e tecnologia de videoconferência, para permitir a supervisão de longa distância, usando grupos de reflexão, concluindo que os enfermeiros de meios rurais beneficiaram da SC utilizando este tipo de tecnologia, pois preferiram este tipo de comunicação visual a utilizar *e-mail* ou telefone.

No estudo dirigido por Bolle e colaboradores (2001, cit. por Marrow et al., 2002), estes concluiram que a implementação de estratégias que potenciam o contacto visual, em especial a através de videoconferência, envolve as pessoas na aprendizagem e proporciona-lhes maiores índices de confiança, motivação e suporte.

Num estudo realizado em Queensland, Battye e McTaggart (2003, cit. por Wagner et al., 2008) utilizaram a videoconferência e teleconferência durante 3 horas por mês, apoiadas

pela comunicação *e-mail,* como estratégia de SC à distância, para melhorar o recrutamento e retenção de enfermeiros.

Em suma, a evidência demonstra que na dificuldade da presença física dos intervenientes, o recurso a estratégias que permitam a SCE à distância, principalmente aquelas que envolvem som e imagem, facilitam a comunicação, a partilha de experiências e o apoio, encurtando distâncias físicas (Thompson & Winter, 2004; Todd & O'Connor, 2005; Wagner et al., 2008).

Uma das conclusões que Rocha (2013) retirou do seu estudo foi que, contrariamente ao que era descrito na literatura, os enfermeiros dos CSP não desejavam que as estratégias de supervisão à distância por telefone, por *e-mail* e por *skype®,* fossem mais frequentemente implementadas, comparativamente com os enfermeiros do contexto hospitalar. A autora entende que estes resultados talvez se devessem ao facto dos contextos de trabalho dos seus inquiridos serem, maioritariamente, de zonas urbanas, do litoral, pelo que, sugeriu a realização de mais investigação neste âmbito, em regiões rurais e de interior, em que os enfermeiros estão mais isolados fisicamente uns dos outros.

Neste sentido, entendemos que a nossa investigação, embora neste ponto não se prenda com enfermeiros do contexto hospitalar, permitiu aprofundar o conhecimento nesta área, confirmando a importância das estratégias de SCE à distância para os participantes, que, neste caso, tinham caraterísticas diferentes dos de Rocha (2013), dado que trabalhavam em CS de regiões mais rurais, do interior, ficando mais isolados fisicamente uns dos outros, inclusivamente nas Extensões de Saúde.

5.5.19. TIC AJUDAM NA SUPERVISÃO À DISTÂNCIA

Relativamente ao uso das "novas" tecnologias na SCE, os participantes consideraram que estas são benéficas para a supervisão em contexto dos CSP, principalmente, para profissionais que desenvolvem a sua atividade diária em locais distantes da Sede do CS, nomeadamente nas Extensões de Saúde, nas visitas domiciliárias e no caso de desenvolvimento de atividades de enfermagem em contexto da comunidade. Inclusivamente, consideraram, também, a utilidade das novas tecnologias para a SCE, no que respeita ao recurso ao SAPE.

Sim, acho que contribuem. As novas estratégias de comunicação podem contribuir para a supervisão (…). ***E11VP****; É possível fazer-se a supervisão á distância! Tanto é possível que hoje temos a parte informática…* ***E1CH****; Acho que a internet também era um recurso muito bom, (…). Claro! Acho que se temos novas tecnologias, temos que aproveitá-las! Acho que temos de deixar*

um bocadinho de lado só a partilha no espaço fechado! Temos espaços abertos que a internet hoje nos possibilita. Temos uma grande oportunidade de ter acesso a tanta informação, divulgar tantas coisas, de partilhar. Porque é que não havemos de partilhar e discutir? Acho que sim! (…) Acho que sim! A supervisão clínica também poderia ser feita utilizando esse tipo de estratégias, recorrendo às novas tecnologias, acho que não há problema nenhum. ***E5RP****; Acho que quando estamos nestas situações, de maior distância da sede, nas extensões do CS, nas visitas domiciliárias, nas atividades de enfermagem em contexto da comunidade, as tecnologias podem ser uma boa ajuda na supervisão.* ***E9VP****;* O SAPE pode ser importante na supervisão; (…) Depois de se conhecer o aplicativo acho que é uma grande ajuda na supervisão [SAPE]. ***E4VP***

Os estudos sobre a utilização das novas tecnologias ao serviço da SC têm sido mais desenvolvidos em países como a Austrália, onde o acesso a SCE pode ser particularmente problemática para os profissionais que trabalham em zonas rurais ou remotas, cujas dificuldades de acesso e participação na SC podem ser aliviadas por algumas das estratégias propostas em 2005, pelo *National Centre for Education and Training on Addiction* (NCETA) (Todd & O'Connor, 2005, p. 14), as quais podem ser transpostas para a SCE:

- a correspondência via *e-mail* (ou carta no caso de não haver acesso a internet);
- supervisão por telefone – aconselhando-se a realização prévia de algumas sessões face-a-face para estabelecer melhor relacionamento;
- Aas salas de *chat* – são consideradas úteis nas sessões de supervisão em grupo, realizadas através da internet; tal como acontece com a supervisão do grupo, os supervisores podem orientar a discussões;
- tecnologia de fluxo de vídeo - um supervisor e supervisado podem conversar, enquanto se visualizam através de uma câmara (*webcam*), quase como se estivessem cara-a-cara, o que permite ao supervisor observar o comportamento do supervisado e, em algumas situações, a sua prática clínica "ao vivo". Os autores salvaguardam que esta estratégia envolve a transmissão de informações através da internet, o que pode levantar problemas de confidencialidade do cliente (por exemplo, acesso à informação por pessoas não autorizadas, desconforto do cliente com relatórios de atividades ilícitas através de tecnologia de vídeo).

Inclusivamente, os autores consideram que estas estratégias têm uma boa relação custo-benefício, na medida em que a supervisão face-a-face pode ter despesas significativas de viagem e de alojamento.

Stebnicki e Glover (2001) concluíram que os supervisores podem usar a tecnologia emergente para suportar a escrita de relatórios, serviços de monitorização, manter-se em contato com supervisados, obter e disseminar informação.

Read (2005) e Barnes e Goeman (2007) consideram que os supervisados podem tirar partido destas tecnologias para gravar digitalmente, criptografar, transmitir e arquivar interações profissionais para a avaliação do seu supervisor e manterem-se em contacto com o mesmo.

Bernard e Goodyear (2014) identificaram uma série de benefícios da utilização das novas tecnologias na SC, nomeadamente:

- cada vez mais flexível (diminuição do tempo perdido para viajar);
- conveniência na programação;
- maior leque de supervisores disponíveis;
- fácil e rápido acesso/registo de revisão e documentação;
- elimina limitações de tempo e desafios geográficos;
- baixo custo;
- maior acesso a supervisão multicultural;
- deixa indícios eletrónico de comunicação (ex.: e-mails, documentos guardados, e recuperação do arquivo).

Relativamente aos inconvenientes, Bernard e Goodyear (2014) referem:

- a dificuldade dos supervisores em acompanhar as mudanças tecnológicas, podendo sentir-se desconfortáveis (Byrne & Hartley, 2010);
- as preocupações éticas relacionadas com a confidencialidade, segurança e consentimento informado (Herbert, 2004; Kanz, 2001; Vaccaro & Lambie, 2007);
- alguns supervisores sentem que a tecnologia inibe o processo de crescimento dos supervisados e impede o relacionamento supervisivo;
- falta de pistas preceptivas conseguidas no contato face-a-face;
- o acesso oportuno a supervisor;
- supervisão deve ser muito deliberada;
- a dependência de habilidades tecnológicas por parte do supervisor e supervisado;
- despesa das alterações com novas edições da tecnologia.

Em jeito de síntese, uma das razões apontadas para que os enfermeiros dos CSP recorram mais frequentemente às estratégias de supervisão à distância do que os enfermeiros que exercem a sua atividade em contexto hospitalar, poderá estar relacionada com a dificuldade destes primeiros em acederem ao supervisor clínico em tempo real e oportuno, uma vez que, na maioria das vezes, trabalham em edifícios separados (Marrow et al., 2002; Rocha, 2013).

Não obstante a ainda escassa evidência nesta área da SCE, a literatura indica que, embora seja muito precoce sugerir a supervisão à distância, em detrimento da presencial, dado que parte dos eixos centrais do processo de comunicação, como por exemplo a linguagem não-verbal, iriam ser esquecidos, a evolução tecnológica e o aparecimento de novos meios de comunicação poderão tornar a SCE à distância uma realidade cada vez mais presente e sustentada (Graf & Stebnicji, 2002; Pinto, 2013).

Neste sentido, dada a predominância das tecnologias de comunicação á distância, em todas as áreas de atividade, e as reconhecidas vantagens do seu uso no âmbito da formação, nos diferentes níveis e contextos (Kerfoot, 2010; McColgan & Rice, 2012), exige-se a adaptação dos ambientes formativos e de trabalho às mesmas, no sentido de delas se tirar o melhor partido ao serviço das aprendizagens e formação profissional, facilitando a acessibilidade à formação e a interatividade entre os implicados, diminuindo distâncias físicas (Prado & Rosa, 2008). O recurso a estratégias de SCE à distância também pode facilitar a comunicação, a interação e o apoio, entre profissionais que sofrem o impacto da rotatividade dos horários de trabalho (Prado & Rosa, 2008; Rocha, 2014).

Não podemos deixar de referir que "*Tudo é tecnologia […] a pedra lascada na Pré-história era uma tecnologia porque facilitava o trabalho. Então, o quadro, o giz são tecnologias, só que mais arcaicas, mas, nem por isso perdem a função*" (O Estado De S. Paulo, 2006, p. 22 cit. Prado & Rosa, 2008, p. 178), porém, entendemos que não é a tecnologia em si que garante a boa qualidade da supervisão, mas é fundamental tê-la ao dispor de profissionais com uma conceção clara da SC e da profissão, a atuação e comprometimento do supervisor, do supervisado e da própria organização.

5.6. ESTILOS DE SUPERVISÃO EM USO E PROPOSTOS

Relativamente ao domínio «supervisão clínica proposta», outro dos temas que emergiu da análise foi «**estilos de supervisão**». Também, neste subcapítulo, nos vamos referir à supervisão proposta e à supervisão em uso pelos enfermeiros, comparando o discurso dos mesmos.

O "estilo" refere-se à maneira característica do supervisor (ex., experiencial ou didático) (Watkins, 1997; Milne & Oliver, 2000), ou seja, está relacionado com o padrão de interação estabelecido direta, ou indiretamente, pelo supervisor, com o supervisado.

Quando é pedido aos supervisores que descrevam o seu estilo, estes não podem evitar descrever os comportamentos que constituem as relações que existem com os supervisados (Munson, 2002). O estudo deste autor demonstrou que o estilo do supervisor

dá origem a um tipo de interação (estilo) que o supervisado adota na supervisão.

Face à análise dos dados qualitativos, deste tema resultaram três categorias: «**não-diretivo**», «**colaborativo**» e «**diretivo**», conforme representado na fig. 45.

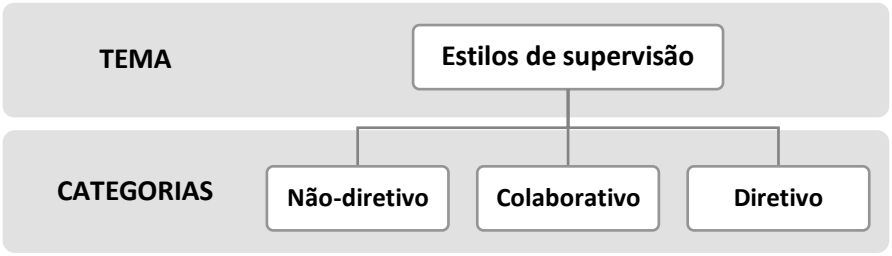


Figura 45 - Estilos de supervisão: categorias

A chave para compreender o modo de alcançar uma supervisão de qualidade passa, em primeira instância, pela compreensão de nós mesmos, do nosso comportamento enquanto supervisores, como nos descrevemos a nós e como os outros podem descrever-nos (Wilson & Winter, 2013). Neste sentido, o modelo adaptado de Gatfield (2005) fornece-nos uma estrutura que permite olhar esta questão e perceber se nos reconhecemos a nós próprios, os nossos pontos fortes e fracos, a nossa capacidade de usar uma combinação de estilos e de adaptar estilos de acordo com o supervisado.

A figura 46, onde o eixo vertical representa o "suporte" e o eixo horizontal a "estrutura", identificam-se os quatro estilos de supervisão principais propostos por Gatfield (2005).

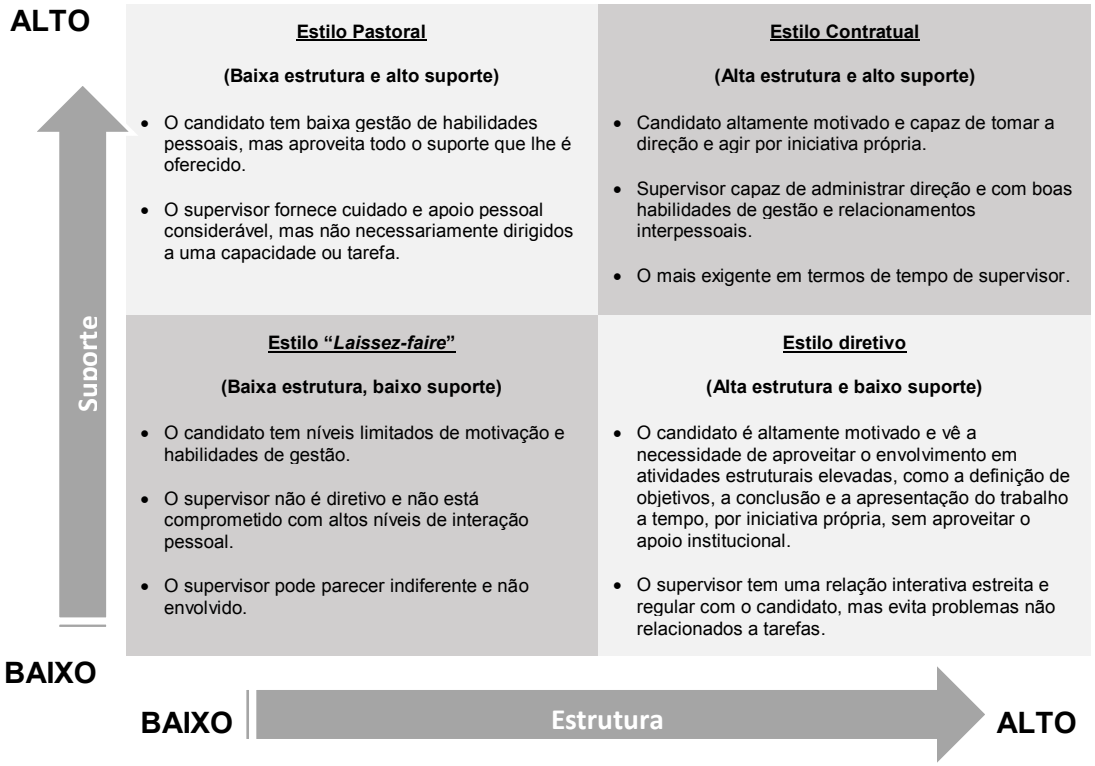


Figura 46 - Adaptado de Gatfield (2005)

À luz da problematização dos estilos de supervisão, por referência às funções discursivas predominantes no supervisor, e ao modo como elas se distribuem e sequenciam no decurso da supervisão, Glickman (1985), identificou três principais estilos de supervisão: não-diretivo, colaborativo e diretivo, distinguindo, neste último, os estilos diretivo informativo e diretivo de controlo, face ao maior ou menor grau de diretividade exercida, no sentido de mobilizar o controlo do supervisor para o supervisado (Vieira & Moreira, 2011).

Estes estilos estão diretamente relacionados com os dez tipos de *skills* interpessoais, numa relação direta de maior ou menor ênfase que cada supervisor dá a algumas destas atitudes e comportamentos, que, segundo o autor, não são exclusivos de um ou de outro estilo de supervisão, podendo ocorrer num contínuo que pode ir de um extremo ao outro (Alarcão & Tavares, 2010), conforme apresentamos no quadro 23.

As funções discursivas que caraterizam estes estilos implicam um grau crescente de controlo do supervisor sobre as decisões e ação do supervisado (Vieira & Moreira, 2011).

Quadro 23 - Estilos de supervisão segundo Glickman (1985)

Prestar atenção	Clarificar	Encorajar	Servir de espelho	Dar Opinião	Ajudar a encontrar soluções	Negociar	Orientar	Estabelecer critérios	Condicionar
Não diretivo									
			Colaborativo						
							Diretivo		

Face aos estilos de supervisão, Alarcão e Tavares (2010), identificaram nos supervisores determinadas caraterísticas e funções discursivas predominantes, conforme a fig. 47.

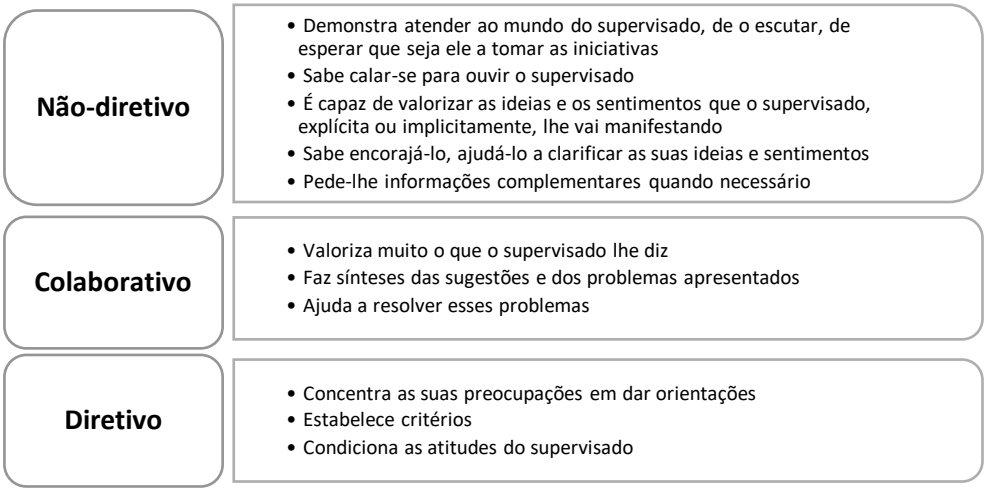


Figura 47 - Caraterísticas do supervisor e funções discursivas predominantes

Relativamente à supervisão em uso, ficou evidente que os estilos de supervisão adotados assentavam, fundamentalmente, nos atributos dos enfermeiros supervisados, principalmente aqueles que se relacionam com os traços de personalidade, o que inferimos ser um aspeto a prosseguir na supervisão a implementar.

Em uso e Desejado

Às vezes depende da pessoa em causa, ter que ser mais rígido ou menos rígido. Depende da pessoa em causa, do colega que estamos a orientar. (…) O tipo de supervisão depende da personalidade de cada um, de cada elemento que está a ser supervisado. ***E11CH***

Efetivamente, os supervisados não podem ser todos tratados do mesmo modo, sendo fundamental atender à sua personalidade, à ecologia em que se desenvolvem, ao nível de desenvolvimento pessoal, cognitivo e afetivo, quando se equaciona o estilo de supervisão a adotar, pois uns podem necessitar de um tratamento mais diretivo do que outros, numa determinada fase do seu percurso profissional (Glickman, 1985).

Sendo os atributos pessoais do supervisor que, em parte, determinam o estilo de supervisão por ele adotado, é fundamental que este seja capaz de gerir essas suas caraterísticas, face às caraterísticas e necessidades do supervisado.

Face ao exposto, não obstante a salvaguarda de algumas atitudes e comportamentos não serem exclusivos de um ou de outro estilo, podendo ocorrer num contínuo de um extremo ao outro, pelo que, a identificação das categorias, face ao tema em análise, aporta nos principais estilos de supervisão, podendo tomar a forma de: estilo “não-diretivo”, estilo “colaborativo” e estilo “diretivo”, com salvaguarda da não-exclusividade atrás mencionada.

Este dimensionamento reside no facto de que a evidência aponta que a utilização destes estilos está subordinada a atributos do supervisado, mas também do supervisor, podendo variar em função destes, o que vai de encontro ao entendimento dos participantes.

Passamos, no entanto, a analisar cada uma das categorias, em particular.

I. «**Não diretivo**»

Esta categoria apresenta correspondência com o estilo de supervisão "não diretivo", encontrando-se algumas caraterísticas do mesmo nas atividades de supervisão em uso pelos enfermeiros participantes.

Em uso

A nossa Chefe faz supervisão. Mas, a Chefe confia em nós, não anda em cima de nós para fazer a supervisão. ***E3VP****; Também não sou muito de chamar à atenção das pessoas, questionar e perceber porque é assim e confrontá-las.* ***E8VP***

Da referida "confiança" nas práticas supervisivas da Enfermeira Chefe, depreendemos que esta demonstrava atender ao mundo dos enfermeiros que supervisionava e de permitir que eles tomassem as iniciativas. O facto do participante E8VP referir que não era "muito de chamar à atenção", no exercício da supervisão, também foi indicativo dessa confiança e autonomia depositada nos colegas que supervisionava.

Também se encontraram referências que apontam para o desejo de que a supervisão a implementar incluísse aspetos característicos desta categoria.

Desejada

Acho que deve ser no sentido de ajudar as pessoas a crescer (…). ***E13CH****; O modelo, a vir a existir, era o de apoio.* ***E3RP****; Era a mesma coisa, se eu fosse supervisora, gostava que os colegas estivessem à vontade para me dizer as coisas, que não tivesse uma postura muito formal.* ***E8RP***

De facto, verifica-se que esta é uma dimensão que está presente nas práticas de supervisão em uso e deverá prosseguir face ao programa a implementar, o que vai de encontro à evidência disponível.

Estas caraterísticas também são confirmadas por Simões e Garrido (2007), num estudo que sugere a relevância da presença do estilo não diretivo, em que os supervisores demonstram atender ao mundo dos supervisados, esperam que sejam eles a tomarem as iniciativas, escutando-os, encorajando-os, ajudando-os a clarificar as suas ideias e sentimentos, pedindo-lhes informações complementares quando consideram necessário, ou seja, orientam-nos sem os condicionarem.

No entanto, consideramos relevante destacar Murphy e Pardeck, cit. por Bernard e Goodyear (1998), que verificaram que estilos mais diretivos e autoritários, ou "*laissez-fare*", por parte dos supervisores, acrescem o risco de *burnout*, que pode ser mais de natureza organizacional do que psicológico.

II. «**Colaborativo**»

Esta categoria encontra correspondência com o estilo de supervisão "colaborativo", verificando-se algumas caraterísticas do mesmo nas atividades de supervisão em uso pelos enfermeiros dos serviços.

Em uso

Há muitos colegas com quem a gente colabora e eles colaboram (…). ***E11CH****; Acho que aqui a SC é mais na base da orientação (…). Não é uma supervisão de tentar impor qualquer coisa que seja rígido, mas sim de uma forma mais flexível.* ***E2VP***

O discurso aponta para caraterísticas deste estilo nas práticas supervisiva, salientando-se que, embora esteja presente o termo "orientação", associado ao estilo diretivo, da nossa perceção, face ao momento das entrevistas, este termo não era utilizado no sentido de "dirigir", mas sim de colaboração, por parte de quem exercia supervisão.

Na supervisão exposta também se encontraram referências que apontavam para prossecução do estilo colaborativo, destacando que este foi o mais mencionado pelos enfermeiros, relativamente à supervisão a implementar.

Desejado

Para mim, a supervisão é uma colaboração com alguém. ***E4CH****; Se o supervisor está permanentemente como recurso de suporte, parece-me bem!* ***E15CH****; Sim, em termos de supervisão… mais no sentido de ir tentando discutir alguns objetivos e tentando, entre orientador e orientando, chegar a um ponto de entendimento, em que não seja preciso o orientador estar sempre em cima do orientando, a supervisar de uma forma formal, diretiva. (…) O supervisado (…) deve ter a sua responsabilidade e autonomia e o supervisor apenas o orientar. (…) acho que é enriquecedor para todos e ninguém se sente constrangido na questão da supervisão de uma maneira mais informal, menos rígida. (…) Tentar orientar e não mandar, tentar estabelecer algumas linhas orientadoras que ajudassem a pessoa a crescer em termos pessoais e profissionais.* ***E2VP****; Se for de orientação, de acompanhamento, é bom! Agora, se for de fiscalização (…) em vez de se ajudar, dizer - "tem que ser" -, … acho que não se vai a lado nenhum!* ***E3RP****; Sim, é importante a supervisão não ser feita com uma atitude crítica. A minha postura é de - "não é necessário ensinar, eles sabem tanto como eu" -, apenas uma colaboração com o colega.* ***E8RP***

O estudo de Simões e Garrido (2007) também demonstrou a importância da presença do estilo colaborativo, em que os supervisores valorizam muito a opinião dos supervisados e o que estes lhes transmitem, fazendo sínteses das sugestões e dos problemas por eles

apresentados, ajudando-os a resolvê-los, adotando uma postura de colaboração. Alarcão e Tavares (2010) e Vieira e Moreira (2011), também evocam a relevância do recurso ao estilo colaborativo nas práticas de supervisão.

Bernard e Goodyear (1998), citando Eisikovits *et al.* (1986), recomendaram que profissionais da área da saúde fossem envolvidos em planeamentos de programas, numa perspetiva de se vir a desenvolver a SC fomentadora da relação supervisiva baseada na colaboração, para que esta não fosse vista como sendo de natureza opressiva e diretiva.

III. «**Diretivo**»

Esta categoria encontra correspondência com o estilo de supervisão "diretivo", encontrando-se caraterísticas do mesmo nas atividades de supervisão em uso.

Em uso

(…) mas há outros que têm mais dificuldade, a gente tem que ser mesmo rígida. Com alguns colegas temos que ser mais rígidos! (…). Às vezes temos que ser mais rígidos! Outras não, basta orientá-las! ***E11CH***

O termo "rígidos" sugeriu-nos a utilização de um estilo mais diretivo por parte deste supervisor, ainda que caraterizado pela singularidade, também advogado por Vieira e Moreira (2011), em determinadas circunstâncias, como por exemplo na presença de falta de predisposição e capacidade do supervisado para a tomada de decisão, considerando que, quanto menores forem, mais se justifica a utilização deste estilo.

Apesar de se perceber aqui o princípio da pessoalidade inerente à supervisão, no sentido em que se infere da adequação do estilo, face às caraterísticas dos supervisados, relativamente à supervisão exposta, foram verbalizados alguns "receios" e "resistências" à utilização do estilo diretivo.

Desejado

Uma coisa é ter o supervisor como recurso de suporte em termos de saber. Outra coisa aquele que está permanentemente a ver como se está a fazer. Em termos absolutos parece-me bem, em termos relativos não sei! ***E15CH****; (…) porque, se for autoritário, as pessoas até têm medo e, nesses moldes, o sucesso da SC não vai ser muito bom.* ***E16VP****; Sim, essa prática [de supervisão], se for de uma maneira muito formal, muito autocrático, … é um bocadinho constrangedor.* ***E2VP****; Agora, se for à "militar", não!* ***E4RP****; Eu só não estou a conseguir localizar muito bem a figura do supervisor, não estou a ver um capataz aqui a orientar! Isso não estou a ver muito bem! Não estou a ver porque acho que vai colidir com uma coisa que para mim é o mais importante da enfermagem que é a autonomia. (…) Não estou a ver um supervisor a chegar aqui, junto de um enfermeiro que é especialista, ou que tem um mestrado, e que, se calhar, tem um doutoramento, e ter um supervisor que chega ali e que vai dizer – "Não é assim que se faz, é assim!" -. E depois, só porque ele é supervisor, eu vou ter que fazer porque, senão, depois ele vai chatear, vai implicar ou vai avaliar de uma forma diferente! (…) Eu acho que o supervisor é adequado e que faz falta, agora com esse tipo de características, de capataz, não! Acho que não! Isso não concordo que seja o papel do supervisor.* ***E8VP***

Estas opiniões podem ser olhadas sob diferentes prismas. Por um lado, compreendemos que se queiram "soltar amarras culturais" e que, num sentido muito lato, estão ainda muito presentes nas nossas memórias e nos remetem para a diretividade e falta de autonomia características das ideologias e práticas educativas/formativas dominantes em Portugal (e não só), até à década de 80 do séc. XX, com um papel muito passivo do formando, a quem cabia "aprender" o que o "professor" "ensinava", o que se refletiu, evidentemente, na formação dos enfermeiros.

Por outro lado, outros calabres estão também presentes nas memórias dos enfermeiros, e que durante décadas influenciaram a sua formação e a própria profissão, como por exemplo o "modelo biomédico" e a falta de regulação da profissão, que, de algum modo, foram coartadores da autonomia profissional, levando a que o exercício fosse muito orientado e condicionado por outras classes profissionais.

Ultrapassados, em parte, alguns destes fatores, quer num sentido culturalmente mais lato, quer no sentido profissional, mais estrito, o facto é que, a nível geral, estamos num ponto em que, teorias de supervisão e gestão à parte, culturalmente não prezamos a diretividade, o estabelecimento de critérios e condicionamentos por parte de outrem, no entanto, percebemos que não é possível funcionar sem estes.

Apesar de Alarcão e Tavares (2010) e Vieira e Moreira (2011), frisarem que há alguns "perigos" do estilo diretivo, estes segundos salientam que, em determinadas circunstâncias, se justifica a sua utilização. Bernard e Goodyear (1998) também se referiram ao facto de estilos mais diretivos e autoritários aumentarem o risco de *burnout*, porém, um estilo "*laissez-fare*" pode, igualmente, acrescer esse risco.

Para Gatfield (2005), a mensagem para uma boa supervisão é aspirar ao modelo de supervisão contratual, pois oferece aos supervisados altos níveis de apoio e estrutura, mas, também ter em mente que:

- cada relação de supervisão é única e estilos devem ser adaptados;
- as dimensões afetivas de apoio e disponibilidade são mais valorizadas pelo supervisado;
- é preciso haver equilíbrio entre o foco na tarefa, ouvir efetivamente, a consultadoria e diretividade.

Na realidade, encontram-se pontos fortes e fracos em cada estilo, salientando o estudo de Kilminster e Jolly (2000) que a relação de supervisão e o *feedback* são fatores cruciais, neste âmbito.

Em jeito de conclusão, destacamos que o estilo de supervisão é suscetível de evoluir à medida que o supervisor vai adquirindo experiência de supervisão, permitindo ir ajustando o estilo em resposta às caraterísticas e expectativas dos diferentes supervisados (McAlpine & Turner, 2014). No entanto, a perspetiva dos supervisores relativamente aos seus papéis e responsabilidades, podem sempre influenciar os estilos de supervisão por eles adotados (Ping, 2008).

5.7. FORMATOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM USO E PROPOSTOS

Outro dos temas objeto da nossa análise, e que emergiu do domínio "supervisão clínica proposta", é "**formatos**[40]" de SCE.

Também neste subcapítulo, nos vamos referir à supervisão proposta e à supervisão em uso pelos enfermeiros, confrontando o discurso.

O "formato" remete para o arranjo de supervisão, ou seja, a combinação do número de supervisores/número de supervisados na supervisão.

Na evidência disponível encontram-se referências a dois grandes modos de organização da SC: o individual, frequentemente designado de "um-para-um" ou "1:1", em que um único supervisor é responsável pela supervisão de um profissional; e os modos de grupo, quer com os supervisores identificados, em que cada um é responsável por um grupo de supervisados, quer com profissionais, colegas, que partilham a responsabilidade pela prestação de supervisão de cada um (Watkins, 1997; Milne & Oliver, 2000; NHS, 2006; Francke & Graaff, 2012).

Houston (1990), propõe as maneiras de organizar CS apresentadas no quadro 24.

Quadro 24 - Formatos de supervisão segundo Houston (1990)

Supervisão 1:1	Com um supervisor *expert* da mesma área disciplinar
	Com um supervisor de uma área disciplinar diferente
Supervisão de pares1:1	Trabalhar com pessoa com um grau de expertise similar
Supervisão de grupo	Supervisão compartilhada pelas equipas
Supervisão em rede (*network supervision*)	Grupo de pessoas com similar *expertise* e interesses semelhantes, que não trabalham necessariamente juntos no dia-a-dia

Potter (2004) propõe os formatos do quadro 25.

[40] Salientamos que embora na supervisão em uso não possamos propriamente falar em "formatos", na medida em que este tipo de nomenclatura se adequa a contextos com políticas formais de SCE, contudo, recorremos a ela, na medida em que facilita a compreensão da problemática em análise.

Quadro 25 - Formatos de supervisão segundo Potter (2004)

Supervisão individual 1:1	Um supervisor supervisiona um profissional
Supervisão de grupo 4-6 pessoas	***Peer* (Par)** • Pares individual – Ex. dois enfermeiros especialistas supervisionam-se um ao outro • Grupo de pares – EX. todos os enfermeiros de uma área supervisados juntos
	***Team* (Equipa)** Uma equipa de enfermeiros, supervisados por um membro da equipa

Por sua vez, o Department of Psychology of Hong Kong University [HKU][41] considera os formatos expostos do quadro 26.

Quadro 26 - Formatos de supervisão segundo Department of Psychology HKU

Individual	Reunião individual com um clínico mais experiente, atuando como supervisor
Peer	Reuniões de um-para-um com um clínico igualmente experiente
Group (led)	Reunião com um grupo, com clínico mais experiente atuando como supervisor
Group (peer)	Reunir-se como um grupo de experiência de nível semelhante, sem supervisor designado ou líder de grupo
Team	Reunir-se como equipe clínica multidisciplinar para tratar de questões clínicas, com ou sem supervisor designado

Fonte - Department of Psychology HKU (2011, p. 6)

Ressalva-se, desde já, que em momento nenhum os participantes desta investigação colocaram a hipótese de que o supervisor não fosse um enfermeiro.

A temática dos formatos de SC já foi abordada a pretexto das sessões de SC individuais e em grupo, dada a contiguidade das temáticas.

À semelhança do que aconteceu com as sessões de SCE, os resultados deste estudo, assim como a evidência disponível, apontam para os diferentes tipos de organização da SCE. Também se identificou no discurso dos participantes, assim como na evidência, alusão aos múltiplos formatos sob os quais a SC pode ser posta em prática, não havendo

[41] Department of Psychology HKU - Departamento de Psicologia da Universidade de Hong Kong

um consenso sobre a forma mais adequada de gestão e organização deste processo, para que sejam assegurados os melhores resultados (Barribal et al., 2004).

Relativamente à SC em uso e à SCE proposta, verificámos que tinham em comum o uso/desejo de organização da SCE nos formatos individual e de grupo, pelo as categorias «individual» e «de grupo» lhes são comuns. Porém, na SCE proposta, identificou-se, ainda, a categoria «indiferente[42]», fig. 48.

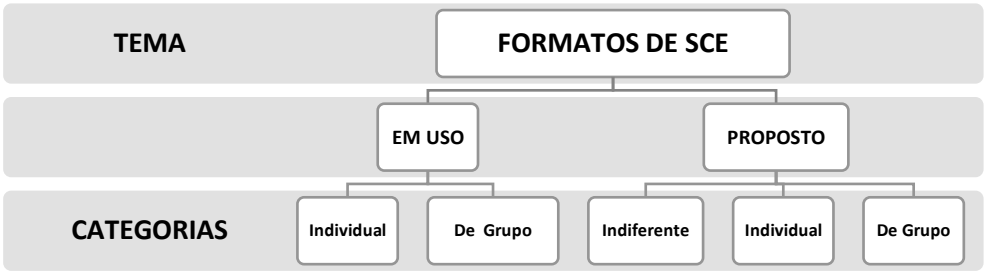


Figura 48 - Formatos de SCE em uso e expostos: categorias

I. «Individual»

Como este formato era, simultaneamente, usado e desejado, vamos analisá-lo com este nível de abrangência.

O discurso dos enfermeiros, de um modo geral, face aos âmbitos de supervisão existentes nos serviços onde realizámos a investigação, cada enfermeiro ficava responsável por supervisionar um elemento (formato individual – 1:1).

Em uso

*(…) sempre que há um novo elemento a gente tenta facilitar a sua integração na equipa. **E5RP**; Tive só uma colega que integrei (…). **E9VP***

Também no que respeita à supervisão desejada, a SC 1:1 foi considerado um formato passível de vir a ser adotado pelo programa a implementar.

Desejado

*Se calhar, era mais fácil um supervisor para um supervisado, (…) é difícil de lidar com um aspeto: algumas coisas podem ser ditas em conjunto, mas, provavelmente, há outras que não! Tem que ser individual! E, às vezes, as pessoas podem ficar melindradas e assim, cara a cara, olhos nos olhos, como se costuma dizer, acaba por ser muito mais fácil. **E12VP**; Também não tenho nada contra ser só um por enfermeiro supervisor. **E4CH**; Supervisão de um para um, se calhar, era mais próximo. **E4VP**; Por isso, se calhar, como precaução, talvez um supervisor para um supervisado. **E6RP**; Supervisão, a ser implementada, … por mim, acho que só poderia ser um supervisor. Para mim nunca poderia ser supervisão em grupo porque sou a única a fazer o serviço em que estou. **E7CH***

[42] "Indiferente" – código "*in vivo*"

A SC individual é, provavelmente, o formato mais comumente utilizado em enfermagem (Girouard & Marchewka, 1983; Jones & Bennett, 1998; Duarri & Kendrick, 1999). Milne e Oliver (2000) também consideraram haver uma preferência pelo formato 1:1. Por exemplo, Goodyear e Nelson (1997 cit. Milne & Oliver, 2000), num estudo que envolveu 22 centros de aconselhamento universitários, nos EUA, concluíram que quase sempre utilizavam supervisão 1:1, sendo a supervisão de grupo a segunda mais utilizada, a supervisão de equipa era rara, assim como o eram os outros formatos.

Da mesma forma, McCartney, Kulakowski e Kenfield (1994, cit. Milne & Oliver, 2000) examinaram a SC fornecida a estagiários em aconselhamento e psicologia educacional, num estado ocidental dos EUA, relatando que a supervisão individual e de grupo eram as mais comuns, incluindo a de grupo, pelos pares.

Também no estudo de Veeramah (2002) se verificou a aceitabilidade da supervisão individual.

A preferência dos supervisores e supervisados pelo formato 1:1, porventura, deve-se ao facto deste parecer eficaz, pois minimiza o tipo de ansiedade gerada por formatos mais flexíveis (de grupo) e maximiza os benefícios para o supervisor, ou seja, o estímulo intelectual do supervisado (Milne & Oliver, 2000).

No estudo de Tavares (2013), os enfermeiros consideraram passíveis de serem benéficos e exequíveis, para o serviço de pediatria, quer a supervisão individual, de grupo, ou até mista. No entanto, alguns destes consideram a supervisão mais eficaz quando cada supervisor supervisiona apenas um enfermeiro.

No entanto, relativamente aos formatos de SCE que, eventualmente, possam servir o programa de SCE a implementar no ACeS, os enfermeiros têm algumas reservas sobre a operacionalização do formato 1:1, donde emergiu a subcategoria «dúvidas sobre a operacionalidade» fig. 49, o que nos levou a lançar um olhar mais aprofundado sobre a mesma.

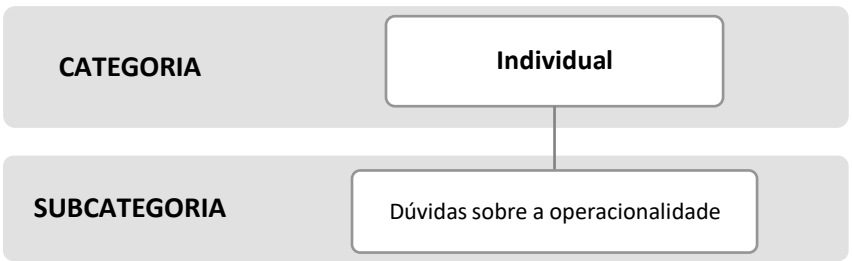


Figura 49 - Formato individual: subcategoria

Na opinião dos participantes este formato de supervisão poderia apresentar-se, inicialmente, mais facilitador, no entanto, previram algumas dificuldades na sua operacionalização e manutenção:

> *Se calhar era mais fácil um supervisor para um supervisado. Mas, não sei até que ponto isso posteriormente vai trazer problemas, ou não, quer a nível económico, quer a nível de tempo, (…).* ***E12VP****; Aqui acho que não dará muito bem!* ***E13CH****; (…) acho que não seria fácil porque o rácio não seria muito fácil aqui no serviço. (…) acho que isso pode ferir suscetibilidades porque pode não haver empatia com o supervisor e a pessoa ver o supervisor como uma pessoa que a vai prejudicar não é muito bom.* ***E16VP****; Um para um se é mais complicado, porque se a relação não for tão estreita, não resulta.* ***E2VP****; (…) ia ser difícil para nós arranjar tantos supervisores.* ***E3VP****; (…) não deveria haver muita disponibilidade por parte do supervisor para atender a cada pessoa individualmente, às diferentes necessidades.* ***E6CH****; (…) um supervisor só para um supervisado acho que não! Sentia-se muito vigiado e intimidado e acho que não é necessário!* ***E8RP***

Efetivamente, a opinião destes enfermeiros veio confirmar o que alguns estudos já vinham a argumentar, inclusivamente, Milne e Oliver (2000) referiram que a supervisão terá começado com o formato "*one-to-one*", identificando-se uma tendência para a sua utilização na área do *counselling*. Porém, consideraram que, apesar de ser o mais tradicional, esta era, aparentemente a opção menos eficiente, até pela necessidade de formação de elevado número de supervisores.

Na realidade, são imputados benefícios e potenciais desafios dos diferentes formatos de SC, pelo que, sobre esta matéria sintetizamos, no quadro 27, os pontos fortes e limitações do formato individual, na perspetiva do Department of Psychology HKU (2011).

Quadro 27 - Pontos fortes e potenciais desafios da supervisão individual

Pontos fortes	Potenciais desafios
Mais tempo para o supervisado	Peso total de foco da supervisão num só indivíduo
Oportunidade de criar objetivos mais claros e mais focalizados	Partilha com apenas uma pessoa (supervisor)
Altamente personalizado	Dificuldades se relação supervisiva se quebra
O supervisado pode trabalhar ao seu próprio ritmo	Avaliação e *feedback* na perspetiva de uma única pessoa
Ambiente não-competitivo	Pode tornar-se um conluio com pouco desafio
Permite o supervisado concentrar-se numa questão específica	Pode promover a dependência do supervisado
O desenvolvimento na supervisão pode ser facilmente monitorizado	Menos oportunidades comparação com outras formas de trabalhar
As intenções do supervisor podem ser orientadas especificamente para a aprendizagem do supervisado	Questões de transferência podem dificultar a tarefa, se não resolvidas

Adaptado do Department of Psychology HKU (2011)

Não obstante a perceção dos participantes e a própria evidência científica, relativamente a este formato de SCE, Milne e Oliver (2000) consideraram que a eficácia deve ser avaliada empiricamente, e, nesse sentido, reconheceram ser provável que alguns supervisores experientes otimizem o esforço ao trabalhar com o formato 1:1, alcançando bons resultados, inclusivamente, personalizar as oportunidades de aprendizagem do supervisado e maximizar a proteção para o cliente.

II. «De grupo»

Na supervisão em uso identificámos algumas práticas com caraterísticas dos formatos de grupo. Em situações mais específicas, como na área da vacinação, o enfermeiro responsável por esta área assumia a responsabilidade de supervisionar os colegas que desempenhavam intervenções neste âmbito, ou seja, um enfermeiro para o grupo todo.

Em uso

> *(…) considero que faço supervisão aos meus colegas.* ***E6CH****; Fazemos nós supervisão entre colegas. (…) Nós, às vezes, supervisionamos uns aos outros (…) geralmente era responsável pela supervisão na área da vacinação, embora eu agora já não seja [responsável pela vacinação], mas a Enfermeira Chefe acha que ainda sou, … (…) mas como eu era muito ligada à área da vacinação, e isso é o que é a minha especialidade, no caso de haver alguma dúvida nessa área, acho que também me pedem opinião!* ***E1VP****; Notei, desde que vim para aqui, que havia uma supervisão muito maior entre pares. Fala-se muito abertamente e discute-se no sentido de melhorar os cuidados e a seguir fazendo-se sempre uma avaliação do que estava a ser feito e corrigindo o que que pode ser corrigido. As pessoas não têm qualquer problema em apontar aos colegas o que pode ou deve melhorar.* ***E5VP***

De um modo geral, verificámos que quem adoptava o papel de supervisor assumia-o, também, numa perspetiva de "partilha da responsabilidade".

Relativamente à SCE desejada, também emergiu do discurso dos participantes a categoria "de grupo". No entanto, aqui, identificámos um conjunto de subcategorias, as quais remetiam para o arranjo da SC relativamente ao número de supervisados por cada supervisor, conforme a fig. 50.

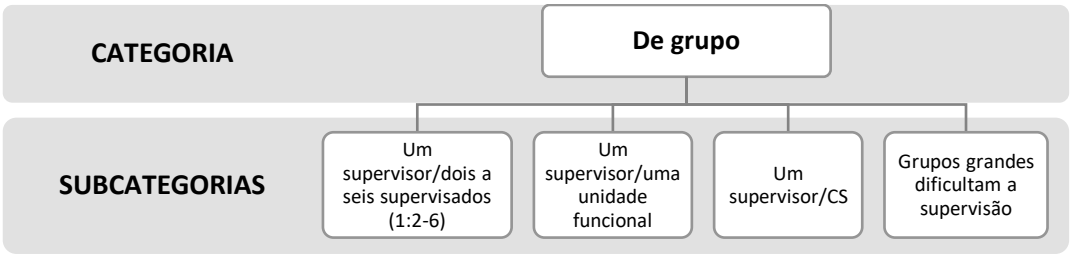


Figura 50 - Formato de grupo: subcategorias

Ao contrário do que demonstra alguma da evidência disponível, verificámos que a maior parte dos participantes que se pronunciou sobre esta temática preferiam o formato de grupo.

Desejado

Eu acho que devia ser um supervisor para vários enfermeiros. ***E11CH****; (…) era melhor ter um supervisor para um grupo.* ***E15VP****; (…) é preferível um supervisor com um grupo de supervisados. (…) Um supervisor com um supervisado, se a pessoa não se identificar muito com essa pessoa, é um risco. Se houver um para vários, as pessoas ainda se têm aos outros para trocar impressões, apoiam-se mais uns aos outros.* ***E11VP****; Eu sou mais apologista de um supervisor por vários supervisados. (…) se calhar, não havia tantas diferenças na supervisão, (…) não haveria tanta diferença nas orientações, e isso era benéfico para os enfermeiros.* ***E13VP****; (…) A interação entre uns e outros, sendo um supervisor por grupo, ajuda a resolver as situações. Quando o supervisor chama à atenção a um, os outros vêm que também têm a mesma dificuldade e apropriam-se.* ***E17VP****; (…) se calhar, para o supervisor, se tivesse mais do que um [supervisado] também não seria pior porque ia ter mais experiências, e diferentes, e também se pode aprender com isso.* ***E4VP****; Gostava que tivéssemos 1 ou 2 supervisores para a equipa toda, porque, embora o grupo não seja muito grande, às vezes um pode não estar.* ***E3RP****; Acho que um supervisor para um grupo de pessoas; não sei quantas!* ***E3VP****; (…) acho que era uma coisa a estudar e a ver no próprio serviço como é que poderia ser. Mas seria melhor um supervisor para vários colegas.* ***E6VP****; (…) da maneira que estamos distribuídos, por módulos - falo pelos colegas que estão em baixo -, a questão de ser só um, ou não, depende! Porque é assim, nos módulos provavelmente daria para ficar com dois supervisores de manhã e dois á tarde; seria um supervisor com vários supervisados.* ***E7CH****; A equipa é pequena, portanto faz sentido que seja um supervisor para vários supervisados. (…) Faria mais sentido termos aqui um supervisor para vários enfermeiros.* ***E7RP****; Seria preferível um supervisor para um grupo de supervisados. (…) Não sei quantos colegas por supervisor. Não sei! Não é fácil! Há extensões onde só há uma enfermeira… aí não sei muito bem!* ***E18VP***

Milne e Oliver (2000) concluíram que a preferência por este formato de SC se pode dever ao facto deste ser mais familiar, confortável e efetivo, e em que os resultados de aprendizagem mais retribuem os recursos imputados. No entanto, salientaram que apesar de aparentemente eficiente, a supervisão do grupo, pode, realmente, necessitar de um tempo considerável para implementar, advertindo que, no seu estudo, deu poucos benefícios, devido a fatores como o aumento da agitação ou atitudes defensivas dos supervisados naquele contexto social.

Por seu lado, Barribal et al. (2004) constataram que, apesar de não haver consenso em relação ao tipo de supervisão mais benéfico, os participantes do seu estudo consideraram que a supervisão em grupo proporcionou maiores oportunidades de reflexão sobre as práticas, sob diferentes perspetivas, o que foi essencial para uma melhor compreensão dos papéis e responsabilidades de cada um.

Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Paunonen-Ilmonen (2002), apontaram os seguintes efeitos positivos da supervisão de grupo, identificados pelos supervisores: influência sobre a interação e relações humanas na comunidade de trabalho; reforço da identidade profissional dos supervisados; e o desenvolvimento de práticas multiprofissionais. Estes autores referiram, ainda, que os fatores que influenciaram a supervisão de grupo

consistiram no avançado conhecimento da supervisão e confiança nos supervisores, compromisso e motivação, interação e relações de colaboração e os acordos da equipa de supervisão.

I. Um supervisor/dois a seis supervisados (1:2-6)

A atribuição de dois a seis supervisados por cada supervisor foi a opção mais sugerida pelos enfermeiros.

Desejado

Também não poderiam ser muitos os supervisados, porque, depois, acho eu, vai ser uma sobrecarga para quem for supervisor. Um supervisor, se tiver dois/três supervisados, acho que já tem muito trabalho, se for um bom supervisor e se empenhar na orientação. ***E13CH****; (…) eu penso que um supervisor para três, quatro enfermeiros, ou até cinco, será um número aceitável.* ***E16CH****; Mas, se calhar, um supervisor para quatro supervisados. (…) Estar a supervisar quatro pessoas acho que é o melhor.* ***E16VP****; o supervisor devia ter ao seu cuidado, assim à partida, para que as coisas conseguissem funcionar bem, três/quatro.* ***E1RP****; (…) se calhar um grupo de 2 ou 4 a ser supervisados por um supervisor, em que o supervisor tenha capacidade para gerir o grupo, parece-me melhor.* ***E2VP****; Talvez um supervisor para supervisar 6 pessoas.* ***E8RP***

Consideramos que estas perspetivas apontam para uma aproximação ao formato de "supervisão de grupo" argumentada por Potter (2004), na forma de "grupo de pares", onde, um conjunto de enfermeiros de uma área, são supervisados pelo mesmo supervisor, neste caso, um enfermeiro.

II. Um supervisor/uma unidade funcional (1:unidade funcional)

Outro enfermeiro sugeriu, pelo menos, um supervisor para cada uma das unidades funcionais dos Centros de Saúde, o que se concretizaria em três a quatro supervisados por supervisor.

Desejado

Ou, pelo menos, um supervisor para cada uma das unidades. Mas, também as unidades acabam por ser constituídas por 3/4 pessoas. ***E7RP***

III. Um supervisor/um CS (1:CS)

A sugestão de um supervisor por centro de saúde foi a segunda opção mais sugerida pelos enfermeiros.

Desejado

Eu acho que um supervisor chegava para todos. ***E14VP****; Eu acho que se calhar devíamos ter um supervisor para todos.* ***E2CH****; (…) há um supervisor no serviço, vários supervisados, dia tal vamos reunir todos e vamos ver o que se passa, ver onde é que as coisas falharam, onde é que estão menos bem (…)* ***E6CH***

A perspetiva de um supervisor por Centro de Saúde, vai de encontro ao estudo de Carvalho (2012) que, a preceito das sessões de SCE, aponta que o número de enfermeiros a integrar as reuniões deveria ser aproximadamente dez (10), o que corresponde ao número de elementos de cada equipa.

O formato de grupo é apreciado nos países escandinavos (Hallberg & Norberg, 1993; Berg et al., 1994; Palsson et al.,1994; Severinsson, 1995; Beech, 2013; Bégat, Severinsson, & Berggren, 1997; Arvidsson et al., 2001).

Winstanley e White (2003) verificaram que os supervisados sentiam um suporte mais efetivo por parte do supervisor quando o formato da SCE é de grupo.

No estudo de Tavares (2013) os participantes referiram que a supervisão em grupo proporciona maiores oportunidades de reflexão sobre as práticas sob diferentes perspetivas, o que consideram fundamental para uma melhor compreensão dos papéis e responsabilidades de cada um. Entendem, ainda, que a discussão conjunta de situações problema, em grupo de supervisores e supervisados, se lhes apresenta como benéfica para o desenvolvimento profissional.

Cross et al. (2010) referiram-se às vantagens da supervisão em grupo, nomeadamente, no que respeita ao custo/benefício e eficiência da supervisão, salientando, também, que se todos os supervisados se encontrarem no mesmo nível de desenvolvimento profissional, a supervisão de grupo revela-se importante para a reflexão sobre situações da prática clínica, com representações semelhantes para o grupo de supervisados, permitindo-lhes desenvolverem novas competências e sentirem-se apoiados pelos colegas.

IV. Grupos grandes dificultam a supervisão

No entanto, nem sempre os formatos de grupo se apresentam como benéficos, salientando-se, desde logo, a opinião dos participantes no nosso estudo a este respeito, na medida em que consideraram que um grande número de supervisados no mesmo grupo, dificulta a supervisão, podendo colocá-la em causa.

> *Também não poderiam ser muitos os supervisados, porque, depois, vai ser uma sobrecarga para quem for supervisor.* ***E13CH****; Se for um leque muito grande de supervisados vai-se perder um bocado a oportunidade de supervisar todos os colegas da melhor forma, e uns ficam mais beneficiados do que outros. (…) Deve ser um grupo pequeno de supervisionados por supervisor.* ***E16VP****; É assim, esta vai ser a parte difícil para o trabalho. Vai ser a parte difícil! Se calhar, um supervisor para o grupo, é capaz de ser muito. O grupo ainda é grande. Um supervisor para o grupo é pouco.* ***E5CH***

De facto, esta perspetiva revela alguns cuidados a ter na implementação da SC em formatos de grupo, inclusivamente no que respeita ao número de elementos a considerar,

o que, de certo modo, vai de encontro à opinião de alguns enfermeiros que participaram no estudo de Tavares (2013), ao considerarem que a supervisão em grupo é "*mais difícil de gerir e que o foco da supervisão se dissipa relativamente àquelas que são as necessidades do supervisado*" (p. 97), referindo, ainda, que é mais difícil estabelecer uma relação de confiança e de abertura numa situação de grupo, o que, inevitavelmente, se acentua em grupos maiores.

Barriball, While e Munch (2004) referiam que não é inequívoca a utilização de diferentes formatos e estruturas de supervisão, nomeadamente individual ou em grupo. Entre muitos estudos, também os de Cheater e Hale (2001), Winstanley e White (2003) e Tavares (2013), concluíram que os enfermeiros valorizam a discussão da prática, quer a nível individual, quer a nível grupal, embora, no geral, se aponte como positivo os supervisados poderem discutir os assuntos com os restantes elementos do grupo.

Não obstante, também se encontram descritas algumas complexidades inerentes aos formatos de grupo. Por exemplo, Proctor (2000) refere que a supervisão de equipa pode facilitar o espírito de equipa, no entanto, também destaca que pode refletir as tensões do dia-a-dia e as diferentes dinâmicas interpessoais não resolvidas dentro da mesma, acrescentando Gonçalves (2013) que, neste sentido, a SC de equipa pode ser vista como mais estimulante para os supervisores que para os supervisados.

Na Finlândia, o Ministério da Previdência Social Assuntos e Saúde (1983) definiu, nas recomendações oficiais sobre SC, que os objetivos da supervisão de equipa sobrepõem-se aos objetivos gerais da SC (Hyrkäs et al., 2002).

Segundo o Department of Psychology HKU (2011, p. 6), também a supervisão de grupo apresenta pontos fortes e potenciais desafios, que apresentamos no quadro 23.

Face ao exposto, poder-se-á dizer que não há um formato "mais correto" para exercer a SC e a opção entre as diferentes formas da sua implementação depende de uma série de fatores, tais como: a área clínica, a cultura da organização, os rácios de pessoal e as necessidades do pessoal e de gestão (Gonçalves, 2013).

Relativamente ao formato preferido pelos participantes, a escolha recaiu sobre o formato de grupo. No entanto, ao longo da investigação, também foram evidentes as referências positivas ao formato individual e preferências pelo mesmo. Neste sentido, julgamos que um "formato eclético", ou seja, que possa integrar o individual e de grupo, seria o que melhor servia os enfermeiros do ACeS do Alto Tâmega e Barroso,

Mais recentemente encontram-se vastas referências a formatos mais "ecléticos" de SC, como por exemplo, o "triadic format", muito acolhido e divulgado pelo Accredited Counselor

Education Programs [CACREP][43], o qual envolve um supervisor e dois supervisados que recebem supervisão simultaneamente (Lyman, 2010; Borders et al., 2012; Berger, 2014; Lonn, 2014).

Neste sentido, Lonn (2014) consideram que, por exemplo, a SC pode tomar lugar num dos três formatos expostos no quadro 28.

Quadro 28 - Formatos de supervisão segundo Lonn (2014)

Individual	Um-para-um
Tryadic	Um supervisor com dois supervisados
Grupo	Um supervisor com três ou mais supervisados

Face ao exposto, encontra-se ao dispor dos enfermeiros do ACeS onde desenvolvemos a investigação, um leque significativo de opções para organizar a SC, o que vai ao encontro dos seus interesses, resultantes da análise dos dados qualitativos.

Face as estas diferentes possibilidades e diferentes formas de organizar a SC, não podemos deixar de salientar que os sistemas bem-sucedidos apontam para que seja essencial, numa primeira instância, localizar as pessoas qualificadas para fazê-lo e identificar as suas necessidades de formação em supervisão (Butterworth & Faugier, 2000).

5.8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SCE PROPOSTA

Outro dos temas em análise consiste na «**monitorização e avaliação da SCE**».

Em todas as áreas de atividade humana tem vindo a aumentar o questionamento em torno do investimento de recursos em medidas que, à partida, não permitam estimar resultados positivos. Também no que respeita à adoção de políticas de SCE se compreende o questionamento em torno da sua implementação, bem como da relevância da sua avaliação, na medida em esta mobiliza um conjunto de recursos significativos para as organizações. Logo, só fará sentido se permitir a obtenção de benefícios.

[43] CACREP - Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs, sediado em Alexandria, EUA

A avaliação da SCE deve ser olhada sob o ponto de vista da avaliação em saúde, a qual está intimamente relacionada com as questões da qualidade. Questões estas que se acredita serem objeto de atenção desde a Grécia Antiga, com Hipócrates de Cós, perpassando Florence Nightingale e Ernest Codman. No entanto, admite-se que os primeiros estudos tenham sido realizados por romanos, incidindo sobre a eficiência dos hospitais militares e, posteriormente, por monges, que teriam de justificar os cuidados que prestavam aos seus clientes (Garrido et al., 2008).

Conceitos e metodologias de qualidade começaram a ser divulgados no decurso do séc. XX, por autores como Deming, Juran e Ishikawa, sendo que o conceito geral de qualidade que prevaleceu ao longo de vários anos, emergiu após a segunda guerra mundial, associado às filosofias de controlo da qualidade industrial (Mezomo, 2001), e que foi muito estudado por Avedis Donabedian, considerado como o "pai" do "moderno" movimento de avaliação da qualidade na área da saúde e que desenvolveu um quadro concetual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado.

A partir do séc. XX este conceito surge associado ao atendimento dos clientes, à antecipação das suas necessidades e superação de expectativas, numa lógica de promoção e desenvolvimento contínuo (Pereira, 2009).

A avaliação da SCE ancora, inevitavelmente, nestes desenvolvimentos históricos, e pressupostos da avaliação em saúde, até porque, como refere Serapioni (2009, p. 71) "*a concepção de qualidade é condicionada por fatores contextuais, históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais*", tornando legítima a colocação da questão: - Porquê a necessidade de avaliar a SCE?

Porque, perante os desafios socioeconómicos que se colocam atualmente às organizações e grupos profissionais, a implementação da SCE nos processos de trabalho em enfermagem exige a medição da sua eficácia, o que se tem vindo a apresentar como um dos desafios mais importantes a enfrentar, argumentando-se a realização de investigação para esclarecer os elementos-chave no processo e avaliar diferentes técnicas (Winstanley & White, 2003).

Apesar do debate metodológico em torno da avaliação da SC ter sido levantado por Butterworth et al. (1996), o processo tem vindo a ser considerado complexo e multifatorial, na medida em que qualquer sistema de avaliação eficaz deve monitorar todos os fatores que, tomados em conjunto, possam ter uma influência sobre o resultado (Winstanley & White, 2003).

A implementação e desenvolvimento da SC envolve múltiplos fatores, tais como: os custos financeiros associados ao tempo para conduzir as sessões; os recursos humanos e materiais necessários; a formação do supervisor e supervisado, entre outros. Estes devem traduzir-se em benefícios potenciais da SC, inclusivamente, em termos de desenvolvimento e da satisfação profissional, da retenção e diminuição da rotatividade dos enfermeiros, da redução dos seus níveis de doença e de absentismo, na qualidade dos cuidados prestados e, por fim, na consecução do objetivo major da SCE, os efeitos nos clientes (DoH, 2000; Winstanley & White, 2003; Tveiten, 2005; Butterworth et al., 2008; Vieira, 2014).

Todavia, face à eminência da implementação de um programa de SCE nos seus contextos de trabalho, as opiniões dos participantes vieram comprovar a necessidade de se avaliar a SCE, daí que, da análise dos dados qualitativos, tenham emergido as categorias «**avaliação do processo de SCE**», «**avaliação dos resultados da SCE**» e «**avaliação de estrutura».**

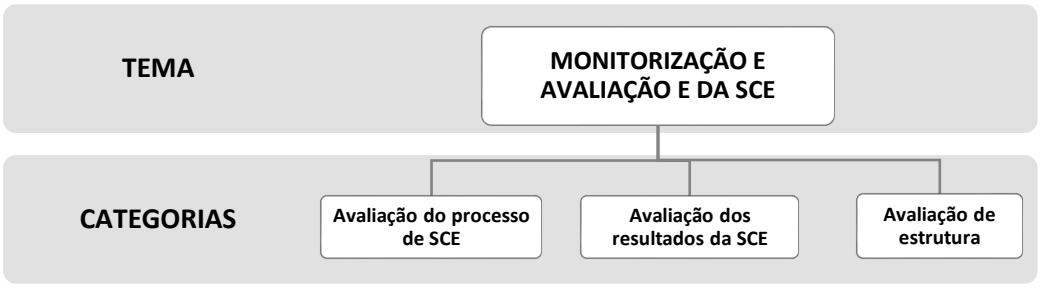


Figura 51 - Avaliação da SCE: categorias

Um dos aspetos que salientamos, desde logo, é que estas categorias confluem para o modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (1966), com base em indicadores inerentes à tríade estrutura-processo-resultado. Porém, inspirados na opinião de Ardigò (2002 cit. Serapioni, 2009), acreditamos que a acentuação da complexidade e a riqueza das contribuições do tema em discussão sugerem não reduzir o esquema da qualidade à desta tríade.

Foi evidente, no discurso dos participantes, que a avaliação da SCE deve envolver o processo e os resultados.

I. Avaliação do processo

Quando iniciamos alguma coisa, depois devemos fazer a avaliação para ver até que ponto tem a sua pertinência. Portanto, deve-se fazer a avaliação do processo de supervisão. ***E5VP****; Devemos fazer registos e avaliação do processo (…) deve-se avaliar, fundamentalmente, o processo. (…). Embora a avaliação do resultado da supervisão seja importante, é muito*

importante fazer a avaliação do processo. (…) tem que haver o mínimo de avaliação para ver se resultou, ou se não resultou. Para ver se vale a pena investir, se temos que investir mais ou menos (…) ***E12VP***

O processo diz respeito ao conjunto de atividades que os profissionais realizam para os utentes, bem como as respostas destes, incluindo as atividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as ações preventivas (Donabedian, 1966), o que, adaptado à SCE exige a avaliação deste conjunto de atividades, acrescido das que dizem respeito ao conjunto de atividades que os supervisores realizam face aos supervisados, bem como as respostas destes, incluindo as atividades de decisão ao nível diagnóstico e de intervenção em supervisão, o que vem corroborar os resultados da investigação de Vieira (2014).

Neste âmbito, o ciclo de SC de Nicklin (1997) (análise das práticas, identificação de problemas, objetivos, planeamento, ação, avaliação), também se pode constituir como uma mais-valia para avaliar alguns aspetos inerentes ao processo de SCE, tendo por base o método científico e um enquadramento conceptual consistente. A análise das práticas permite a avaliação das situações e posterior identificação de problemas inerentes à SC, definem-se os objetivos a atingir, face aos problemas identificados, seguido do planeamento e implementação de intervenções que permitam resolver os problemas de acordo com os intervenientes e da avaliação dos resultados e, eventual reformulação do planeado. Este ciclo está direcionado para a prática clínica na globalidade, e não apenas para as dimensões emocionais (Abreu, 2002; Pires, 2004).

Não obstante a existência de vários instrumentos disponíveis para a avaliação da SC, foi nosso objeto de estudo a identificação de métodos/construção de instrumentos que permitam a avaliação da SCE proposta para os CS em estudo. Até porque, partilhando da opinião de que a conceção de qualidade, logo a sua avaliação, é condicionada por fatores contextuais, históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais, onde "*De cultura a cultura*" – diz Donabedian (1990) – "*mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, consequentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção*" (p. 113).

Considerámos, então, pertinente, que as estratégias e instrumentos a utilizar no contexto dos desenvolvimentos desta investigação, tivessem origem na opinião dos enfermeiros a trabalhar em Portugal, pelo que, desenvolvemos em projetos que integraram a presente investigação, no contexto de investigações do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem em curso na ESEP, alguns instrumentos que facilitam a avaliação da qualidade, relativamente ao processo da SCE a implementar:

- "Questionário de avaliação da relevância das estratégias de supervisão clínica em enfermagem (QARESCE)" (Anexo 4) (Pires et al., 2016), que permite estimar quais as estratégias que enfermeiros consideram mais relevantes, e reformular a sua adoção em função dos resultados da avaliação da SCE;
- "Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (QAFESCE)" (Anexo 2) (Rocha, 2013), que permite avaliar a frequência com que as estratégias estão a ser implementadas e a frequência com que os enfermeiros desejam que sejam implementada, permite aferir e reformular esta frequência de implementação em função dos resultados da avaliação da SCE;
- "Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (QARIESCE)" (Anexo 3) (Pinto, 2013), que é um instrumento que fornece os indicadores de estratégias de SC que podem, também eles, concorrer para a avaliação da SCE. Estes indicadores foram sendo apresentados neste relatório, aquando da discussão acerca das diferentes estratégias de SC, objeto de análise a montante.

II. Avaliação dos resultados da SCE

A avaliação do resultado da supervisão é importante, (…) ***E12VP****; O certo é que, sem supervisão, os indicadores baixaram, e isso é um indicador! (…) a qualidade, obviamente, diminuiu sem a supervisão.* ***E15CH***

Estas perspetivas vieram reforçar os resultados da investigação de Vieira (2014).

Segundo Donabedian (1966), os resultados referem-se às mudanças observadas no estado de saúde e satisfação do cliente/população, em resultado da assistência efetuada, envolvendo: a melhoria do conhecimento, as mudanças de comportamento que venham a melhorar o estado de saúde e grau de satisfação. Adaptado à avaliação da SCE, além da avaliação efetuada no cliente, devem avaliar-se os resultados da SCE no supervisado, acrescentando-se, portanto, as mudanças observadas neste: as melhorias no seu nível de desempenho, bem como a sua satisfação.

A investigação de Hyrkäs & Paunonen-Ilmone (2001) que examinou a relação custo/eficácia da SC ao longo de três anos num hospital da Suécia, sugeriu que a SCE podia ser rentável e melhorar o atendimento aos clientes, tendo em conta os custos inerentes ao tempo disponibilizado pelos enfermeiros e supervisores, tendo sido medidos os benefícios relativos a: (1) aumento do conhecimento, medido através do aumento das despesas de formação e treino, pois como era esperado, a SC ajudaria a identificar as

necessidades de formação; (2) incremento dos cuidados aos clientes, medido pela melhoria da satisfação dos clientes e diminuição do registo do número de queixas e indemnizações; (3) diminuição do stresse, medido por uma redução de dias de doença. As autoras concluíram que o custo total da SCE foi baixo, sendo que os dias de doença diminuíram, aumentando o número de clientes tratados, o que atribuem à melhor qualidade e eficiência no atendimento.

No entanto, até pela pouca especificidade destes resultados, sublinhamos a necessidade e a importância de continuar a produzir mais conhecimento nesta área, intimamente relacionada com a função normativa da SC, e que, no geral, tem sido muito pouco estudada. Apesar de alguns teóricos terem vindo a sugerir que os cuidados prestados aos clientes melhoram em consequência da implementação da SCE (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Paunonen, 1991; Timpson, 1996 cit. por Winstanley & White, 2003), o facto é que, é escassa investigação que evidencie o impacte da SCE na melhoria da qualidade dos cuidados e resultados efetivos nos clientes.

Efetivamente, os benefícios que têm vindo a ser divulgados relativamente à SCE são mais centrados no âmbito da aprendizagem, crescimento e desenvolvimento individual dos profissionais, advogando-se há mais de uma década, que outros fundamentos devem ser apresentados para legitimar a sua implementação, tais como a melhoria da qualidade dos serviços e os resultados observados nos clientes, não desconsiderando, também, os argumentos económicos (Dooher et al., 1998; Hyrkäs et al., 1999).

Também em Portugal se têm perfilado várias iniciativas em torno da implementação da SCE que têm vindo a apontar para a necessidade e importância da sua avaliação efetiva, com recurso a diferentes estratégias e instrumentos, alguns deles aqui mencionados (Garrido, 2004; Pires, 2004; Soares, 2004; Cruz, 2012; Gonçalves, 2013; Tavares, 2013; Rocha, 2014; Vieira, 2014; Pires et al., 2016). Todavia, no sentido de concorrermos para o objetivo de produzir investigação que evidencie o impacte da SCE na melhoria da qualidade dos cuidados e resultados efetivos nos clientes, numa conjuntura nacional ainda embrionária relativamente à implementação da SCE, nomeadamente no que respeita aos CSP, e dada a necessidade expressa pelos enfermeiro participantes em avaliar os processos e resultados do programa de SCE a implementar, considerou-se pertinente, desde logo, integrar neste programa alguns instrumentos que permitam esta avaliação.

Neste sentido, foi nosso propósito estudar, e propor, alguns indicadores que permitam indicar dos resultados da SCE diretamente nos clientes, e que permitirão contribuir para a avaliação do programa de SCE a implementar em CSP. Assim, do estudo Vieira (2014), coorientado por nós, e desenvolvido no âmbito da presente investigação, emergiu um

conjunto de indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados [ECCI] dos CS em estudo, consideraram mais relevantes e prioritários, para monitorizar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no âmbito do prestador de cuidados.

Quadro 29 - *Ranking* dos 10 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados

Ranking	Indicadores
1	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene
2	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
3	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico
4	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se
5	Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado
6	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
7	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência
8	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação
9	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário
10	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene

A opção por propor indicadores nesta área específica da prestação de cuidados deve-se à relevância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros com os prestadores de cuidados, em contexto das UCC/ECCI, que entendemos convergir para a visão, valores e princípios do PNS (DGS, 2015) e, estar em linha com a Fundação Calouste Gulbenkian, que numa assumida ação supletiva e complementar do Estado mobilizou um conjunto de personalidades nacionais e estrangeiras para o projeto "*Health in Portugal: a Challenge for the Future*", no âmbito do qual o relatório sobre a arquitetura dos cuidados de saúde refere que as pessoas ouvidas referiram entre e outros aspetos: a necessidade de "*mudança de um sistema baseado nos hospitais e nos profissionais para um sistema baseado na comunidade e nas pessoas; o empowerment dos cidadãos e a literacia da saúde (…) transição cultural de um puro paternalismo médico para uma parceria responsável*" (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p. 25), onde foi também integrada a perspetiva dos

clientes, que consideramos relevante no âmbito da presente investigação, das quais salientamos:

> "*No meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família.(…)*" (p. 25).

Sendo o modo de desenvolvimento da SCE uma opção organizacional, deve haver segurança nas escolhas e decisões a tomar. Estas devem ser contextualizadas, bem informadas e enformadas, o que só é possível com base em evidências sólidas da relação entre SCE, melhores cuidados de enfermagem e respetivos resultados nos clientes.

Além dos métodos e instrumentos apresentados, criados no âmbito da presente investigação para avaliar a SCE a implementar, damos, ainda, nota de um conjunto de estratégias e instrumentos que podem facilitar a avaliação de processo e resultado da SCE nos enfermeiros. Winstanley e White (2003) referiram que a utilização de métodos existentes para medir a eficácia da SC não tinha sido inteiramente bem-sucedida e que era necessária mais pesquisa nesta área, inclusivamente, a criação de ferramentas e instrumentos validados para medir a sua eficácia. Neste sentido, apresentamos no quadro 30 alguns métodos e instrumentos indicados pelos autores, em 2003, que podem ser úteis na recolha de dados para a avaliação, os seus pontos fortes e fragilidades (p. 30).

Quadro 30 - Métodos e instrumentos de avaliação da SC

Método de avaliação	Pontos fortes	Pontos fracos
Focus group	Colheita detalhada de dados qualitativos.	Amostras pequenas, apenas fornecem dados do grupo.
Entrevistas semi-estruturadas (individuais)	Colheita detalhada de dados qualitativos.	Amostras pequenas, apenas fornecem dados de um grupo.
Técnica de Delphi	Fonte de dados qualitativos a partir de um grupo de peritos. Amostras grandes e/ou pequenas.	A análise temática pode ser um trabalho intensivo.
Questionários de auto-preenchimento[44]	Fácil de administrar. Fonte de dados qualitativos e quantitativos. Amostras grandes.	Necessidade estabelecer validade e confiabilidade. Exige habilidades informáticas.
Instrumentos de pesquisa existente	Fáceis de administrar.	Não especificamente concebido para medir o processo de CS. Pode não incidir em domínios relevantes.
Instrumento de pesquisa validado: **Manchester Clinical Supervision Scale®**	Fácil de administrar. Incide nos três componentes do modelo de Proctor.	Estabelecida a validade e confiabilidade. Fácil marcar e interpretar os scores. Amostras grandes.

[44] Exemplo: The Experience of Supervision Questionnaire (ESQ), desenvolvido por Nicklin (1997)

Segundo Sloan (1999), foram considerados suscetíveis de serem sensíveis às alterações em pelo menos duas de três componentes da SC, os instrumentos apresentados no quadro 31.

Quadro 31 - Instrumentos de avaliação da SC

Função Restaurativa	Função Normativa
• Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson 1986) • General Health Questionnaire (Goldberg & Williams 1988) • The Nurse Stress Index (Harris 1989) • Cooper Coping Skills (Cooper et al., 1988)	• Minnesota Job Satisfaction Scale (Weiss 1967)

Alguns destes instrumentos já foram adaptados e validados para a população portuguesa, que é o caso do "*Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire (SFSSQ)*®[45]" (Garrido, 2004) e a "*Manchester Clinical Supervision Scale*® *(MCSSR)*" (Cruz, 2012), que avalia a eficiência e a eficácia da SCE disponibilizada, inclusivamente nas três componentes da SC (formativa, restaurativa e normativa).

III. Avaliação de estrutura

No que respeita aos indicadores de estrutura, embora não tenham sido referidos diretamente no discurso, de alguma forma eles vão estando presentes ao longo da investigação, na medida em que envolvem aspetos mais estáveis inerentes á saúde/supervisão, como a estrutura física, a disponibilidade de equipamentos, a capacitação dos profissionais, passando pela organização dos serviços. Ou seja, os atributos do contexto: recursos humanos e materiais, e estrutura organizacional.

A necessidade de recursos humanos, e tempo, para o exercício da SCE, acrescida à prestação dos cuidados, já foi objeto de análise ao longo deste relatório. A participação em programas de investigação, a formação e qualificações dos profissionais são objeto de

[45] Questionário de avaliação da satisfação com a supervisão clínica nos enfermeiros.

análise em contexto da "formação contínua" e "formação do supervisor clínico"; a organização dos cuidados e da SC também foram objeto de análise a montante.

A estrutura é um dos aspetos mais sensíveis na implementação da SCE, na medida em que pode ser impeditiva ou potenciadora da mesma, o que exige uma avaliação e intervenção em conformidade. Ora, este aspeto é particularmente importante, até porque, nenhuma fase da SC é tão afetada pelo ambiente como a da organização do próprio processo, na medida em que o contexto organizacional informa a experiência de SC, inclusivamente, antes de ela começar (Holloway, 1995).

A organização é composta por um "jogo" de diretrizes estruturais, dentro do qual a SCE se desenrola, devendo-se olhar para esse sistema de forma global, pois exige ecletismo, inclusivamente, numa colocação dinâmica dos "atores" da SC, o supervisor e o supervisado. A colocação face ao processo de SC - "escola" - e o processo de prestação de cuidados - "campo" -, que requerem perícias diferentes, principalmente, por parte do supervisor, a quem é exigida a gestão desta dinâmica.

Além da sensibilidade aos aspetos organizacionais do domínio da gestão e da cultura, a qualidade da SCE também é sensível a fatores externos. Neste sentido, as políticas de devem incorporar uma gama de diferentes formas de integrar a SCE nos diferentes contextos e planear a avaliação numa perspetiva integrativa, tal como foi expresso pelos participantes.

> *(…) ver o todo em termos de equipa, em termos de quem está a ser avaliado, em termos de quem avalia, em termos de diretrizes que se recebem, também temos que ter isso em atenção! Somos um ecossistema, (…)* ***E12VP***

De certo modo, esta perspetiva vai de encontro ao estudo de Vieira (2014), mas também dos trabalhos de Proctor (1986) e Nicklin (1997), Pires (2004), Garrido (2004), Kilminster et al. (2007), Tavares (2013), entre outros.

A evidência aponta, ainda, para que os programas de SC precisem de tempo para se desenvolverem após a sua implementação inicial e que a avaliação não deve ser efetuada até que estejam firmemente estabelecidos (Bowles & Young, 1999; Winstanley & White, 2003), donde, a maior parte das políticas apresenta períodos de avaliação, auditoria e revisão, nunca são inferiores a um ano, sendo muito frequente estipularem-se revisões de três em três anos, ou de acordo com quaisquer alterações exigidas pelos organismos responsáveis (NHS, 2010a; NHS, 2010d; NHS, 2014).

Winstanley e White (2003) consideram aceitável que a avaliação de qualquer programa de SCE decorra, pelo menos, de seis a 12 meses da sua implementação, ou quando os

supervisados tenham experimentado pelo menos seis sessões de SC. A primeira avaliação funciona, portanto, como a medida "de base" que pode ser feita quando se percebe que devem ser efetuadas alterações ao protocolo original que, por várias razões, não pode ser respeitado, permitindo a oportunidade de implementar mudanças.

Há autores que defendem, ainda, que seria uma boa prática a avaliação da SCE ser efetuada por consultores externos, que sendo independentes, visitassem, observassem e monitorizassem o processo e qualidade da SCE, com regularidade (Department of Psychology HKU, 2011).

Concluímos este tema destacando a posição da OE (2001) ao considerar que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional de aplicação local, em que "*nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde*" (p. 4).

5.9. PORMENORES DA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE SCE

Por fim, no que respeita ao tema «supervisão clínica proposta», emergiu a categoria «**pormenores da operacionalização [46] do processo de SCE**», e respetivas subcategorias: «SCE nos CSP diferente do hospital», «âmbitos diferentes de SC modelos diferentes» «implementação progressiva»; «envolvimento dos enfermeiros»; «dificuldades na formalização da SCE nas Extensões de Saúde»; «criação da carreira de supervisor clínico»; «resistências à implementação»; e «dúvidas sobre a evolução».

Figura 52 - Operacionalização do processo de SCE: subcategorias

[46] Operacionalizar - 1. Tornar operacional. 2. Preparar para realizar a sua função; tornar apto para levar a cabo uma tarefa (Porto Editora, 2015)

Do discurso dos participantes percebeu-se que é seu entendimento que a implementação da SCE envolve procedimentos operativos, não devendo ser feito *ad hoc*.

As políticas de SC, quer sejam emanadas por entidades da área da saúde, ou outras, na generalidade, apresentam um conjunto de orientações para a sua concretização. Entre estes documentos damos como exemplo os relativos às políticas dos sistemas de saúde do Reino Unido e da Austrália, países que têm tido uma função mais ativa neste sentido, criando, desde o início da década de 1990, diversos documentos que versam sobre a implementação da SCE, com as devidas orientações para a sua operacionalização, sendo exemplo disso os documentos do DoH (2005), de Freeman (2005-2006), do NHS (2014) e de Hull (2014).

Cruz (2012), no estudo, procedeu à implementação do "Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado", em contexto hospitalar, cuja operacionalização obedeceu às seguintes estratégias: a definição do enfermeiro supervisor clínico; os objetivos da SCE; os pressupostos para a SCE; a estrutura da SCE; os critérios para a seleção do enfermeiro supervisor clínico; e o contrato de SCE.

Na sequência destes exemplos, que traduzem, só por si, da importância da definição de estratégias de operacionalização do processo de SC, apresentam-se algumas preocupações patentes no discurso dos participantes, sobre a implementação da SC no contexto em estudo, referindo alguns elementos que consideram cruciais na implementação de políticas desta natureza.

I. <u>SCE nos Cuidados de Saúde Primários diferente do hospital</u>

Sem identificar os procedimentos operativos propriamente ditos, os participantes referiram aspetos importantes a ter em consideração na definição dos mesmos, desde logo, que a SCE nos CSP é diferente do hospital.

> *Comparando isto com um grande hospital, é diferente! Portanto, o tipo de supervisão também é diferente, daqui para o hospital!* ***E7RP****; Aqui no CS o chefe podia fazer a SC, mas não é possível fazer a supervisão… ela não poderá ser tão periódica por causa das extensões! Na sede é fácil, o chefe podia fazer a SC, basta circular! Há uma proximidade de espaço com os colegas que estão na prestação dos cuidados, é fácil!* ***E7RP***

Winstanley e White (2003) referiram que as opções apropriadas para a área da enfermagem comunitária, tomando por exemplo as áreas rurais ou remotas da Austrália ou Nova Zelândia, podem, e devem, ser diferentes das feitas para a implementação da SC num serviço de um hospital em Sydney ou Auckland.

No estudo de Winstanley (2000b, cit. Winstanley & White, 2003), a análise das características demográficas dos dois grandes grupos de pessoas que nele participaram, mostraram diferenças marcantes na organização da SC (Winstanley & White, 2003). Na amostra do UK, do meio hospitalar, os enfermeiros foram mais propensos a escolher os seus próprios supervisores, com supervisão de um-para-um (supervisor/supervisado), em vez de supervisão do grupo, sessões realizadas no local de trabalho, em vez de à distância e, com opção por sessões mais curtas e menos frequentes, quando comparado com a equipe de saúde comunitária (Winstanley & White, 2003).

Das diferenças que identificámos, desde logo, das organizações hospitalares para os CSP, remetem, em primeira instância, para a estrutura organizacional e física, pois apresentam caraterísticas distintas, sendo, esta última, substancialmente relevante no processo de operacionalização da SC.

Também o caráter da prestação de cuidados é diferente. A missão dos ACeS, contexto do estudo, consiste em garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvendo, para tal, atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Cabe também aos CSP a participação na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré -graduada, pós -graduada e contínua, entre outras (Decreto-Lei N.º 38/2008, 2008).

A missão dos hospitais versa sobre três vertentes, ou seja, estas organizações são plataformas eletrónicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vetores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde. Numa perspetiva de prestação de cuidados diferenciados, mais predominantemente assentes na prevenção secundária e terciária, cada hospital deve ter como objetivos principais: a garantia atempada da prestação de cuidados de saúde de qualidade em conformidade com as reais necessidades de saúde dos cidadãos, dispondo, para isso, de recursos humanos qualificados e motivados; de instalações e meios técnicos adequados; e assegurar uma dimensão que permita a aquisição de experiência e capacidade profissional, o aperfeiçoamento contínuo, a formação de novos profissionais e a participação em investigação (Mesquita, 2012).

Nas organizações hospitalares, os órgãos de gestão, regra geral, estão localizados no espaço físico do hospital, onde estão também os restantes serviços e profissionais da organização, o que permite, a estes últimos, estarem “mais próximos” da tomada de decisão das políticas organizacionais. Por outro lado, no contexto de prestação de cuidados, há, normalmente, uma maior proximidade com o utente, no que respeita ao

espaço físico, pois, grande parte dos cuidados são prestados em regime de internamento. Há também uma maior proximidade entre os profissionais, inclusivamente, os enfermeiros que prestam serviço na mesma unidade, o que é facilitador do exercício da supervisão, inclusivamente da implementação de algumas estratégias de supervisão.

Em oposição, nos CSP, os espaços são mais exíguos e, face à forma como neste momento estão organizados, embora em cada ACeS funcione apenas uma USP e uma URAP, podem funcionar diferentes USF, UCSP e UCC, que muitas das vezes funcionam em espaços/edifícios distintos. Também o contexto de prestação de cuidados é diferente, pois, ainda que a prestar cuidados na mesma unidade, facilmente os enfermeiros não têm oportunidade de se cruzarem, dado que, na sua maioria, trabalham em gabinetes individuais, tendo que procurar os espaços e momentos para se encontrarem com os colegas. Esta dificuldade é acrescida quando falamos das Extensões de Saúde das UCSP, principalmente, quando nestas trabalham apenas um enfermeiro, o que exige uma preocupação acrescida na reflexão, no que releva para a supervisão, pois exige a deslocação dos profissionais, neste caso, de distâncias significativas, devendo-se, também, considerar a ruralidade/acessibilidade à supervisão, tendo que se equacionar as estratégias a utilizar neste contexto, como sugeriu o participante.

> *Nas extensões é mais difícil fazer supervisão próxima e frequente! Existem, depois, processos de supervisão [relativos às extensões] a nível dos registos clínicos… e, dessa parte toda, também lhe é permitido ver [ao enfermeiro chefe], mesmo daqui da sede. A nível das extensões isso é possível [fazer supervisão sistemática] fundamentalmente a nível dos registos clínicos, a nível do feedback dos utentes. E, é também possível fazer supervisão frequente a nível de conversas com o próprio profissional, até por telefone. Também é possível [fazer supervisão nas extensões] com visitas à Extensão. É mais correto fazer observação direta, mas, fazer observação frequente, lado a lado, não é possível fazer na Extensão.* ***E7RP***

Na Austrália, apesar das expectativas organizacionais conduzirem o New South Wales Government à crescente adoção de políticas de SC na área da saúde, pelo NSW Health, não há uniformidade no acesso, à formação, à compreensão, ou assimilação da SC, nas disciplinas relativas às *Allied Health Professions*[47], verificando-se que há uma cultura mais forte em torno da SC em profissões da área da saúde mental. Outros profissionais de saúde que trabalham em zonas rurais e remotas enfrentam barreiras no decurso da sua atividade, incluindo o isolamento profissional, com impacto negativo na retenção de pessoal e prestação de serviços. A SC está a emergir como um mecanismo através do qual as *Allied Health Professions* e agências na Austrália Rural tentam resolver estas questões. No entanto, a disponibilização de SC enfrenta as mesmas barreiras inerentes ao isolamento,

[47] Allied Health Professions - In NSW Health, there is general consensus on a core group of clinical health professions that are classified as Allied Health Professions and are not medical or nursing professions (Wagner et al., 2008, p. 5)

aumentando o risco relativamente à qualidade dos cuidados, aos recursos humanos, e às próprias organizações (Wagner et al., 2008).

Os estudos desenvolvidos com profissionais de saúde nas comunidades rurais e remotas têm vindo a desocultar algumas particularidades no acesso à SC. Lee e Mackenzie (2003) constataram que houve acesso limitado à SC e à orientação por profissionais mais experientes nas regiões rurais de NSW. Battye e McTaggart (2003), num estudo que envolveu organização de cuidados de saúde primários do norte e oeste de Queensland, referem que os principais fatores de impacto no recrutamento e retenção de profissionais foram o isolamento profissional e a falta de suporte clínico. Estes profissionais, que predominantemente trabalham sozinhos, são representados, na sua maioria, por recém-formados que sentiam que precisavam de mais *inputs* de profissionais experientes, pelo que, os autores supracitados, apontaram o "*mentoring* clínico e profissional" como uma via para melhorar o recrutamento e retenção de profissionais, indicando estratégias de supervisão à distância para a operacionalização do modelo.

De facto, a evidência tem vindo a demonstrar algumas diferenças na SC realizada em contexto hospitalar e dos cuidados de saúde primários, principalmente, no que respeita à utilização de estratégias de SC.

O estudo realizado por Johnson (1995, cit. por Winstanley & White, 2003) aponta para diferenças relativamente às sessões de supervisão quanto à sua forma e duração: por exemplo, em contexto hospitalar são mais frequentemente adotadas as sessões de supervisão individuais, efetuadas no máximo de três em três meses, com duração inferior a uma hora, realizadas no próprio hospital; em contexto dos CSP, as sessões de supervisão em grupo são mais utilizadas, e consideradas mais eficientes, apontando-se para a existência de benefícios se ocorrerem mensalmente, com uma duração superior a uma hora (Winstanley & White, 2003). Também o estudo de Rocha (2013) aponta para resultados idênticos no que respeita à forma das sessões de SC.

No âmbito desta discussão, um dos resultados interessantes do referido estudo reside no facto dos enfermeiros dos CSP não desejarem que estratégias de supervisão à distância por telefone, por *e-mail* e por *skype®,* sejam mais frequentemente implementadas do que os enfermeiros do contexto hospitalar, contrariamente ao que é apontado pela evidência disponível (Rocha, 2013). A autora, dado que alguns resultados do estudo não corroboram os da evidência produzida, atribui o facto aos contextos de trabalho dos participantes serem maioritariamente de zonas urbanas, do litoral, sugerindo a realização de mais investigação neste âmbito, em contextos com características diferentes, em regiões rurais e de interior, mais isolados fisicamente uns dos outros.

II. Âmbitos diferentes de SC modelos diferentes

Ainda no âmbito da operacionalização do processo de SCE, os participantes referiram aspetos importantes a considerar neste processo, os quais apontam para a importância de em âmbitos diferentes de SC se aplicarem modelos diferentes.

> *São coisas diferentes, a supervisão nos estágios com os alunos e a supervisão dos colegas.* ***E4VP****; A supervisão clínica tem a vantagem de proporcionar desenvolver-nos a nível pessoal e profissional, muitas das vezes em contexto de aprendizagem. Em contexto de aprendizagem é sempre. Mas, pode ser aprendizagem ainda não em contexto de trabalho e, depois, já em contexto de trabalho, a nível profissional.* ***E5VP***

Embora não se tenham detido sobre os pormenores envolventes sobre estes diferentes âmbitos de SC, os participantes identificaram diferenças nas diversas atividades de supervisão que desempenham nos CS, quer seja no âmbito da formação inicial, quer seja na indução à profissão/integração no serviço, ou mesmo da SCE. Ou seja, aponta-se aqui para diferentes abordagens, que envolvem diferentes modelos de supervisão. Isto vem de encontro do referido pela OE (2010) que identifica como principais abordagens nomeadamente a *"Clinical Supervision", "Preceptorship", "Mentoring" e "Mentorship"* (OE, 2011, p. 5).

De facto, estes diferentes tipos de supervisão exigem diferentes *modi operandi*, logo, as políticas a implementar devem versar as respetivas diferenças, com diretrizes para a sua operacionalização. Todavia, o enfoque deste relatório está na SCE.

III. Implementação progressiva

Do discurso de um dos participantes, ainda que pela sua singularidade, considerámos importante extrair a sua opinião sobre o "ritmo" de implementação da SCE, pois apontava que devia ser progressivo.

> *Se chegar a um sítio e disser – "a partir de amanhã vamos implementar a SC" -, as pessoas vão boicotar. Se a SCE surgir com tempo, e com naturalidade, vai ser muito fácil as pessoas aderirem. (…) Se não se der muita visibilidade, se as coisas forem surgindo com naturalidade, passo a passo, implementado lentamente, quando as pessoas forem a dar conta já há supervisores, já há processos de supervisão, já está tudo a ser feito e depois é só dizer – "estão a ver aquilo que temos feito até agora? Agora vamos fazer isto com mais rigor, vamos começar a apontar…* ***E8VP***

Quando o participante referiu que devia ser "*implementado lentamente*", foi de encontro à conceção de Lynch e Happell (2008b), que entendem que o processo de implementação da SC deve ser gradual e contínuo, e que a sustentabilidade da supervisão exige um constante envolvimento por parte da organização. É neste sentido que Lynch e

colaboradores (2008) propõem um modelo de implementação que envolve seis etapas, às quais está subjacente esta gradação do processo, e em que os pontos fortes e fracos da cultura organizacional devem ser identificados de forma contínua e sistemática, e abordados em conformidade.

Vários outros autores apontam para a implementação da SC de forma gradual, em diferentes etapas (Bond & Holland, 1998; Driscoll, 2000a; Clifton, 2002; Bush, 2005), sendo comum, a todos eles, o facto de enfatizarem a importância de, numa etapa inicial, avaliar e preparar a cultura da organização, sensibilizando e respondendo às preocupações dos enfermeiros através de sessões de (in)formação (Clifton, 2002); identificar os pontos fortes e os pontos fracos sistematicamente e trabalhá-los (Driscoll, 2000a; Lynch & Happel, 2008a). Bush (2005) considera que a descrição do processo de SC e a sua implementação faseada, por etapas, ajuda a melhorar e promover a sua compreensão.

IV. Envolvimento dos enfermeiros

> *Claro! As pessoas deviam ser todas mais participativas! Deviam ser mais chamadas a participar nas mudanças! E agora, na supervisão, também devem participar, dizer o que acham sobre o assunto.* ***E14VP****; Ao iniciar [o processo de supervisão] temos que estar todos de acordo com a sua implementação, ver se realmente é importante para a maioria das pessoas, e, em conjunto, devemos ver quais as melhores estratégias a seguir.* ***E5VP****; Acho que deve haver, muitas das vezes, mais empenho tanto do supervisor como do supervisado, mais empenho das pessoas, mais dedicação, (…).* ***E6CH***

Estas opiniões transportaram-nos para um elemento fulcral da implementação da mudança: o envolvimento.

O envolvimento, tomando por base teoria de Afaf Meleis, pode ser definido como o nível de comprometimento que a pessoa demonstra "no" e "para" o processo (Meleis, 2005).

De facto, ser chamado a participar no processo de mudança, expressar as suas opiniões, ver em conjunto quais as melhores estratégias a adotar, averiguar se realmente é importante para a maioria das pessoas envolvidas, ainda que nem todos estejam de acordo com tudo, é um aspeto essencial no iniciar da implementação de qualquer processo de mudança.

No estudo de Pires (2004), os enfermeiros consideraram importante a formalização de uma política de SCE estruturada, devendo o respetivo processo contar com o envolvimento dos enfermeiros, pois este era considerado um aspeto fulcral à apropriação da mudança.

Bond e Holand (1998), entre os aspetos específicos facilitadores da implementação do programa de SC apontam: a administração, gestores, coordenadores, enfermeiros chefes de unidades, e outros líderes envolvidos na supervisão, devem assumir a responsabilidade

das tarefas e ações específicas que lhes competem; estes papéis devem ser apoiados por grupos de trabalho formados por pessoas com experiência e interesse na SC.

Driscoll (2000), não coloca a tónica da SC apenas numa perspetiva macro organizacional, focando muito a sua atenção na importância do envolvimento das unidades e dos elementos das equipas, enfatizando a importância de incentivar a participação dos profissionais, a qual também é reconhecida por outros autores como Clifton (2002) e Spence, Cantrell, Christie, e Samet (2002).

Neste sentido, e porque apesar de também nós considerarmos fundamental um olhar macro organizacional no que diz respeito à implementação da SCE, com um envolvimento efetivo das estruturas de gestão da organização e a criação de uma cultura organizacional propícia, entendemos que o envolvimento de cada profissional é fulcral na implementação da mudança, desde logo, com a sua participação no planeamento da mesma. Foi neste sentido que partimos para a nossa investigação, com a convicção de que todos os enfermeiros deveriam ter a possibilidade de ser envolvidos na mesma, não só para que a ela se sentissem vinculados, mas, principalmente, no sentido da construção de opiniões e soluções sobre a criação de um programa de SC que lhes faça sentido, promovendo a sua implicação no mesmo.

V. Dificuldades na formalização nas Extensões de Saúde

Ainda que pela exemplaridade, na opinião de um dos participantes, pode haver maiores dificuldades na formalização da SCE nas Extensões de Saúde.

> *Com as extensões é mais complicado prever como se vai fazer a supervisão. (…) era necessário tirar algumas horas para os colegas se deslocarem, ou o supervisor, ou o outro colega. Mas, segundo elas, o tempo já é pouco para fazer desempenhar bem as atividades como enfermeiro de família.* ***E18VP***

As variações na estrutura e processo de SC ocorrem, em grande parte, como resultado das opções políticas locais e tomada de decisão decorrente dos órgãos de gestão de cada organização, sobre a forma como implementar o processo de supervisão na prática.

Um estudo em larga escala, realizado no âmbito dos serviços de saúde mental, no *south-east* Victoria, Austrália, em contexto rural, aponta para a necessidade de ter em atenção que as organizações em meio rural, ou mais remoto, apresentam particularidades na implementação da SC, identificando alguns aspetos que foram vistos como dificultadores devido aos problemas da distância:

- as distâncias e viagens necessárias para a participação na SC;

- as duplas relações dentro dos serviços e a proximidade das comunidades rurais;
- o limitado número de opções disponíveis inerentes à SCE (Lynch et al., 2008).

Foi, portanto, considerado, que as potenciais barreiras e complexidades eram mais propensas a ocorrer com a implementação da SC em ambiente rural, quer pelo ambiente propício ao desenvolvimento de relações interpessoais mais peculiares, quer pela acessibilidade/distâncias a percorrer e recursos humanos e materiais exigidos/disponíveis. Neste sentido, estes contextos exigem, de facto, uma análise mais individualizada sobre a operacionalização da SCE, principalmente, no que respeita à seleção do supervisor, às estratégias e recursos (materiais e tempo) que são disponibilizados para o exercício da supervisão (Lynch et al., 2008).

Não que estejamos a comparar os contextos de realização do nosso estudo com o atrás referido, pois as questões da ruralidade e as distâncias tomam uma dimensão diferente na Austrália, relativamente ao nosso país. Contudo, podem haver aqui algumas similitudes nas dificuldades, principalmente, quando falamos nas Extensões de Saúde, que nem sempre são de fácil acesso. Neste sentido, consideramos importante aludir às motivações de Lynch e colaboradores (2008) em escolher o contexto rural para o desenvolvimento da sua investigação, os quais entenderam que a configuração geográfica acrescentou uma outra dimensão à sua pesquisa, em particular, os desafios enfrentados pela organização rural.

VI. Criação da carreira de supervisor clínico

A criação da carreira de supervisor clínico é outro dos aspetos a considerar na formalização da SCE. Os participantes encararam o desempenho deste papel, e funções, com tal propriedade que consideraram importante a criação da carreira do supervisor.

> *De facto, não gosto como me sinto com a supervisão que faço, porque vejo que esta reforma do serviço não contemplou essa perspetiva da supervisão. Ou há uma responsabilização, e então há o supervisor com o seu contributo. Ou então, eu acho que a nova reforma devia ter contemplado essa nova carreira no âmbito da gestão dos serviços, tal como as vogais representativas. A enfermagem tem que ter qualidade. Porque, a qualidade, mais cedo ou mais tarde, tem que ser incluída. E, neste caso, o papel do supervisor seria fundamental neste aspeto. Era muito importante a criação da carreira do supervisor.* ***E15CH***

Atualmente, a disciplina de enfermagem carateriza-se por uma grande complexidade, inerente a um conjunto de dimensões, das quais se destacam a produção do conhecimento, a prática e a ética. Os desenvolvimentos sociais, económicos e inovações técnico-científicas, têm vindo a culminar no aumento da esperança média de vida, no envelhecimento populacional, com todas as implicações que daí advêm, como a

emergência de novas doenças e prevalência da doença crónica nas sociedades (desenvolvidas) atuais. Face a esta conjuntura, tem sido crescente o grau de exigência profissional, para dar resposta às antigas e emergentes necessidades da sociedade, no que aos cuidados de saúde diz respeito. Neste sentido, a evidência é transversal em reconhecer a necessidade de uma prática de supervisão consistente e de qualidade, que tenha em conta as necessidades da sociedade, mas também dos profissionais de enfermagem (Rice et al., 2007; McKenna et al., 2008; NHS, 2011c; OE, 2010; Henderson, 2014; Hull, 2014).

Garrido (2004) referia que, face à intenção de adoção da SCE, deveriam ser considerados, entre outros aspetos, a análise da conveniência da mesma, e que, inclusivamente, quem estivesse a considerar tornar-se supervisor clínico deveria analisar bem a situação e discuti-la com outros, antes de aceitar esta função.

As funções do SC são multifacetadas, complexas, estão em constante evolução e têm com implicações que se desconhecem. Como referem Hyrkäs e Shoemaker (2007), O SC, muitas vezes, depara-se com um conjunto de imprecisões, tais como: pouca certeza em torno das suas responsabilidades e funções; pouca preparação para o exercício da SC; dificuldade em definir metas realistas; falta de ferramentas para a avaliação construtiva do desenvolvimento, da aprendizagem e do desempenho (Silva et al., 2011). Neste sentido, Silva e colaboradores (2011), consideram importante o afastamento da informalidade das práticas tradicionais de supervisão, que passa por uma questão de "boa vontade" dos supervisores, tendo esta função que ser encarada com a importância e o reconhecimento que merece. Isto passa pela profissionalização e formalidade das práticas supervisivas, reclamando a implementação de normas e diretrizes para a supervisão a nível nacional, essenciais ao estabelecimento de regras, funções e responsabilidades para os vários intervenientes.

VII. Resistências à implementação

O desejo de adoção da SC não é, por si só, um ingrediente suficiente para o sucesso da implementação e manutenção da mesma, podendo surgir desafios que Driscoll (2000a) denominou de "forças" da cultura da organização, o que também foi estimado pelos participantes.

*Não sei é se será muito fácil implementar aqui a SCE! **E10CH**; Em termos de estratégia, temos que dar muita importância a isto [SCE]. Mas não lhe devemos dar muita visibilidade porque isto [SC] é um processo novo, e se vamos dar muita visibilidade, vai ter muita importância…! Não é importância no local. É importância social! E as pessoas,… vai haver 50% dos enfermeiros a dizer que isto é um espetáculo e os outros 50% a tentar boicotar aquilo que está a ser feito.*

> ***E8VP**; Para mim, a maior dificuldade em implementar um modelo de SC fundamentado, é ser formal! É essa mesma formalidade que dificulta! A resistência por serem colegas a fazerem formalmente a supervisão cria algumas resistências. Informalmente eu abordo os colegas e eles a mim, sem dificuldades. Mas, passando a SC a ser formal, cria algumas resistências. **E17VP***

A primeira etapa da implementação da SC envolve a abordagem e avaliação da cultura da organização e, como é evidente na literatura, esta primeira avaliação é uma parte essencial do processo (Bond & Holland, 1998; Clifton, 2002; Driscoll, 2000a). Se a análise revela uma cultura negativa, então verificar-se-ão muitas forças de resistência à implementação da SCE e poucas impulsionadoras (Driscoll, 2000a), o que representa um grande desafio, uma vez que, um dos maiores fatores que contribui para a resistência à mudança é a "*lack of trust between the employee and manager or the employee and the organization*" (Marquis & Houston, 2000, p. 79).

As forças impulsionadoras são pontos fortes dentro a cultura organizacional, que ajudam na implementação da SC. As forças de resistência são pontos fracos da cultura que podem retardar ou impedir a implementação, pelo que, Driscoll (2000a), recomenda a análise deste "campo de forças" na cultura de enfermagem e da organização, o que irá facilitar a identificação de ativadores e detratores, cruciais no processo de implementação. Todavia, os enfermeiros seniores de saúde mental, acreditam que a SC pode, ela própria, ajudar com a cultura negativa que existe na organização (Lynch & Happel, 2008a).

Bush (2005) refere que, originalmente, a SC tinha um pouco impacto em algumas áreas de enfermagem, argumentando que grande parte do problema envolve uma significativa confusão sobre o conceito de SC. Embora Cottrell (1999) entenda que, à data, houvesse um crescente corpo de investigação que vinha a mostrar a eficácia da SC na redução do stresse relacionado com o trabalho dos enfermeiros, considera que, em grande parte, continuavam a verificar-se falhas metodológicas marcadas por problemas de definição da SC, que ainda hoje se verifica, o que tem um reflexo negativo na sua adoção e implementação (Bush, 2005).

Na verdade, o termo "supervisão", tem vindo a evocar, ao longo dos tempos, representações de alguma forma de vigilância e policiamento organizacional, projetado para apuramento de culpas, o que é contraproducente no sentido de incentivar os enfermeiros para a implementação, adoção e manutenção da SC, o que, com demasiada frequência, é uma perspetiva de errada da supervisão, geradora de resistências (Bush, 2005).

De facto, uma das principais forças de resistência que tem vindo a ser sistematicamente referida, é o facto de se associar a SC a práticas ligadas às chefias (Lynch & Happel,

2008a), o que muitos autores atribuem à falta de conhecimento sobre SC, como ainda se vislumbra no discurso dos enfermeiros.

> *Neste momento é complicado! Acho que é complicado implementar a supervisão clínica. É provável que as pessoas não se vão sentir muito à vontade perante o supervisor clínico.* ***E18VP***

Neste sentido, é importante que as políticas de SC clarifiquem o conceito, as suas finalidades e objetivos, separando-a do exercício de chefia, na medida em constituem entidades diferentes, de modo a que os enfermeiros possam aceitar e concordar com a SC (Consedine, 1994; Yegdich, 1999).

Autores como Clifton ou Hancox e colaboradores (2002; 2004) salientam a importância da formação e treino dos enfermeiros, como ingredientes essenciais na implementação de SC. Clifton (2002) aconselha que a formação seja fornecida por consultores externos que não estejam vinculados com as filosofias ou estruturas da organização em causa. O valor de consultores externos neste processo também foi reforçado por Bond & Holland (1998). Embora não haja um consenso na literatura sobre o tipo de formação necessária, há uma visão geral de que a formação em SC é essencial (McKeown, 2001 cit. por Lynch & Happel, 2008a).

Alguns autores com experiência em SC (Bond & Holland, 1998; Driscoll, 2000a; Clifton, 2002) suportam, também, a importância dos líderes na implementação da SC, pois a falta de liderança constitui um fator dificultador. Neste sentido, Lynch & Happel (2008a) destacam a importância da escolha de líderes de enfermagem, mais do que de gestores de enfermagem, para afetar a grande mudança cultural necessária.

As questões da liderança são identificadas como centrais na implementação da SC. Daly e colaboradores (2004, cit. por Lynch & Happel, 2008ª, p.62) consideram que a capacidade de concetualizar uma visão e comunicá-la aos outros é uma questão crucial, pois, só com estas capacidades, os enfermeiros líderes e gestores conseguem mobilizar as equipas, o que é fundamental para o sucesso da SC.

Outro dos fatores que se pode constituir como força impulsionadora, ou de resistência, à SC, é a motivação e a vontade de mudar a cultura. Aqui volta-se a colocar a tónica no papel da liderança, a importância de uma postura que reforce as forças positivas, tais como: o suporte organizacional, a liderança, a colaboração, e a concentração na equipa, considerados portadores de cultura, abordagem que corresponde ao "plano de ação" exposto por Driscoll (2000b) e apoiado por Marquis e Houston (2000).

Gestor e líder são termos muitas vezes vistos como sinónimos e usados alternadamente. Porém, devem ser clarificadas as diferenças entre os dois. Portanto, não basta identificar

os gestores seniores, na área da enfermagem, para participarem na implementação da SC, devem ser envolvidos verdadeiros líderes de enfermagem neste processo, pois, com referem Daly et al. (2004), no contexto da enfermagem, um líder é "*(…) a visionary with a concentration of time and effort who looks outward to how the unit, organization or professions can go forward*" (p. 14, cit. por Lynch & Happel, 2008a, p. 62).

Outros fatores frequentemente apontados como influenciadores da implementação da SC são os recursos, principalmente, os recursos financeiros, os quais têm impacto nos restantes recursos disponíveis, inclusivamente, os humanos.

A análise do custo-benefício da supervisão pretende responder à questão se esta é economicamente aceitável ou eficiente, que é - "se produz mais ou menos dinheiro" - do que se investe neste processo. No entanto, Dooher et al. (1998, cit. por Hyrkäs et al., 2001) referem que, além da racionalidade económica, devem ser apresentados outros fundamentos não económicos, tais como, a melhoria da qualidade dos serviços e dos cuidados.

Este aspeto dos custos e benefícios da SC têm recebido pouca atenção da investigação e literatura internacional, o que já era referido por Hyrkäs e colaboradores (2001), que, na altura, constataram que Dudley e Butterworth (1994) eram os únicos que tinham analisado os custos criados diretamente pela SC, num estudo que visava dar uma imagem global dos custos de supervisão de grupo. Na altura, o custo total de oito sessões de supervisão (em grupo) (cerca de 32 horas) foi avaliado em £210 (237,56€)[48], ou seja, £25 **(**28,28**€)** por sessão, entendendo os autores que o custo da SC não era elevado, embora não conseguissem fazer qualquer comparação. Os benefícios da SC foram essencialmente estimados a partir das perspetivas individuais, como por exemplo no que diz respeito ao apoio associado ao trabalho, maior satisfação no trabalho, melhores atitudes relacionadas com o trabalho e menor stresse (Berg et al. 1994; Hallberg et al. 1994; Pälsson et al. 1994; Bégat et al. 1997; Elmcrona & Winroth 1997 cit. Hyrkäs et al., 2001), não havendo nenhum relatório sobre os benefícios da SC do ponto de vista económico.

Na Finlândia, os custos da SC foram avaliados num projeto que envolveu cinco lares de idosos (*nursing homes*) (Kukkola, 1990, cit por Hyrkäs et al., 2001), sendo o orçamento total do projeto 150 000 FIM (25228€)[49], ou seja, 912 FIM por funcionário, por ano (153€). Estes custos eram relativos, principalmente, a honorários da supervisão e despesas de

[48] Conversão à taxa do dia 27/02/2018 em [https://www.bportugal.pt/pt-PT/Estatisticas/Dominios%20Estatisticos/EstatisticasCambiais/Paginas/Conversor.aspx]
[49] Conversão à taxa do dia 27/02/2018 em [https://www.bportugal.pt/pt-PT/Estatisticas/Dominios%20Estatisticos/EstatisticasCambiais/Paginas/Conversor.aspx]

viagem (Hyrkäs et al., 2001). Outros custos suplementares consistiram em reuniões de planeamento e avaliação, um seminário e uma viagem de estudo no início do projeto. A supervisão em grupo trouxe também a necessidade de sessões extra, cujo custo foi, em média 1500 FIM por ano (252€) por lar de idosos. O custo da supervisão de equipa foi avaliado como razoável e esta foi considerada como um investimento útil e eficaz, porque o custo anual por funcionário era 912 FIM por ano (153€), o que é muito pouco, comparado com o investimento em treino/formação externa do funcionário, por um dia (Hyrkäs et al., 2001).

Sobre os custos/benefícios da SC em contexto dos cuidados de saúde primários, não encontrámos evidência disponível. No entanto, e tomando por exemplo os estudos supracitados, acreditamos que também nos CSP o custo da supervisão possa ser avaliado como razoável e considerado como um investimento útil e eficaz, o que poderá constituir um fator facilitador do seu desenvolvimento.

Porém, temos de salvaguardar as questões já anteriormente referidas, inerentes à própria organização e configuração da prestação de cuidados neste contexto, salientando o fator distância, que, eventualmente, possa exigir a mobilização de outro tipo de recursos, quer para deslocações, quer para o recrutamento de recursos humanos suficientes para dar resposta adequada à SCE.

Outros aspetos que podem interferir com a implementação da SC são apontados por Faugier e Butterworth (1994), referindo que há enfermeiros que sentem mal-estar e desconforto com a supervisão, sendo um fenómeno que experimentam como “auto indulgência”. Por sua vez, Yegdich (1999), manifesta a preocupação de que os enfermeiros, tendo fomentado a necessidade de constante autoanálise e reflexão, corram o risco de cair na “auto absorção” e preocupação narcisista, atribuindo-se a estes fatores a tentativa de evitar a SCE.

Sintetizamos, no quadro que se segue, os fatores que podem constituir resistências à SCE.

Quadro 32 - Fatores de resistências à SCE

"Forças” da cultura da organização
Confusão sobre o conceito de SC
Conhecimento sobre SC
Motivação e vontade de mudar a cultura
Os recursos
Mal-estar e desconforto
“Auto absorção” e preocupação narcisista

Salienta-se que o recurso a facilitadores externos para participar no processo de implementação da SC tem sido suportado na literatura e considerado altamente recomendado em organizações/equipas onde há uma cultura negativa ou opiniões negativas em relação à gestão (Bond & Holland, 1998; Clifton, 2002; Cutcliffe & Proctor, 1998, McKeown, 2001, Riordan, 2002 cit. por Lynch & Happel, 2008a).

VIII. Dúvidas sobre a evolução da SCE

Por último, relativamente à categoria «**pormenores da operacionalização da SCE**», emergiu a subcategoria «dúvidas sobre a evolução da SCE». Como podemos extrair da análise já efetuada, os participantes estavam familiarizados com práticas informais de supervisão, que faziam parte do seu dia-a-dia de trabalho, as quais já integravam muitos dos aspetos inerentes à SCE. No entanto, sobre o programa de SCE para o contexto em estudo, eles reconheceram ter dúvidas inerentes à sua evolução, como é evidente no discurso.

> *Não sei como é que gostava que evoluísse o processo [SC],* ***E6VP****; Não faço a mínima ideia! Sinceramente não sei! Não sei falar sobre isso! [a evolução do processo de supervisão no serviço].* ***E8CH****; Formalmente não tenho uma visão muito alargada do modelo que se podia implementar.* ***E1RP****; Se calhar, até haverá aspetos que o programa de supervisão a implementar devia contemplar. Mas, francamente, nunca pensei nisso assim muito seriamente! Mas, se calhar, até podem surgir situações que com o desenvolver uma pessoa se aperceba.* ***E4CH****; Relativamente ao tempo das sessões e de quanto em quanto tempo? Depende da situação também! É complicado! Às vezes estar a dizer, uma vez por semana… depende! Sinceramente, sei lá! Não sei! (…) é capaz de ser mais nesse sentido, como as reuniões de serviço! É um bocado complicado uma pessoa estar a dizer é semana a semana, ou uma vez por mês, ou de quinze em quinze dias. Isso depende, muitas vezes, da situação com que nos deparamos. A própria supervisora, como vai para falar connosco, não sei! Se calhar, adequava conforme as reuniões de serviço.* ***E2CH****; O supervisor é a mesma coisa, acho que faz falta um supervisor, não sei é em que moldes! Ainda não consegui perceber bem isso, a supervisão, os moldes…* ***E8VP***

De facto, estas dúvidas são legitimadas pela literatura, desde logo, por esta temática ser relativamente emergente no nosso país, não havendo uma cultura ou tradição da adoção da SCE nos nossos serviços de saúde. Neste sentido, verifica-se que prevalecia, nos participantes, alguma confusão sobre as definições, o conceito, as finalidades e objetivos da SCE, o que também ficou demonstrado no estudo de Vieira (2014).

Apesar do envolvimento dos participantes e da formação em SC que lhes foi ministrada, entendemos que esta não foi suficiente para a apropriação de conhecimentos sobre a SCE, que lhes permita ter uma ideia clara e consistente sobre a mesma, que lhes possibilite identificar com total clareza todos os elementos a integrar numa política a implementar (Consedine, 1994; Cottrell, 1999; Yegdich, 1999; Bush, 2005; Lynch & Happel, 2008a). Até

porque, como referem Clifton (2002) e Hancox e colaboradores (2002; 2004), não é apenas a formação que é importante, também o treino dos enfermeiros é um ingrediente essencial neste âmbito.

As práticas de supervisão são catalizadoras da apropriação e sedimentação do conhecimento em SC, pois como demonstra o estudo de Reis Santos et al. (2011), no âmbito da formação de supervisores, a prática/treino em supervisão é imprescindível, e a privação destes impõe limites ao conhecimentos e fundamentos sobre SC, bem como ao exercício das funções neste âmbito.

Assim como as experiências clínicas são imprescindíveis ao desenvolvimento de competências dos enfermeiros (Watson, 2002; Abreu, 2007), também as experiências em SC são imprescindíveis ao desenvolvimento de conhecimentos e competências daqueles que nela estão envolvidos. E, neste caso, muitas das aprendizagens acontecem quando se experiencia a situação vivida, analisa e reflecte "na" e "sobre" a acção, e se concebe intervenções que vão de encontro às necessidades/problemas identificados, pois é na ação de pensar sobre algo com um espírito crítico-construtivo que se constrói conhecimento. Logo, a construção de conhecimento acerca das políticas de SCE só se poderão sedimentar, efetivamente, a partir das reflexões efetuadas com a convivência com as mesmas, e como referem Winstanley & White (2003), é a partir da primeira avaliação feita à política implementada que se percebe se devem ser efetuadas alterações ao protocolo original.

Embora não haja um consenso na literatura sobre o tipo de formação a fornecer, persiste a ideia geral de que a formação em SC é essencial (McKeown, 2001 cit. por Lynch & Happel, 2008a). Outra ideia que persiste, no sentido de clarificar a problemática da SCE, remete para a necessidade de produzir investigação metodologicamente apropriada que constitua um reflexo positivo na sua clarificação, adoção e implementação (Bush, 2005),

Somos firmes na opinião de que todos estes pressupostos se concretizarão na presença de líderes de enfermagem com capacidade de concetualização e comunicação de uma visão aos outros, no sentido de mobilizar as equipas, elemento fundamental para o sucesso da SC.

Em síntese, apesar das dúvidas que persistem nos participantes, o que também se verificou no estudo de Vieira (2014), desenvolvido no mesmo contexto, atendendo às constantes mudanças organizacionais e incertezas quanto ao futuro, a SCE poderá constituir uma alternativa na melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros.

Concluindo sobre este tema, como referem Lynch e Happell (2008b) a sustentabilidade da supervisão exige um envolvimento contínuo da organização, pelo que apontam que a falta

de uma política clara de SCE e de liderança, no que diz respeito as orientações para a formação, para o treino, para a motivação dos profissionais, para os modelos e instrumentos de avaliação da supervisão, podem constituir barreiras para o sucesso da implementação.

Salienta-se, ainda, que a criação de qualquer programa de SC dentro de uma organização, é aceitável levar pelo menos seis a 12 meses, ou quando os supervisados tenham experimentado pelo menos seis sessões de SC. A primeira avaliação funciona, portanto, como a medida "de base", a qual pode ser feita quando se percebe que devem ser efetuadas alterações ao protocolo original que, por várias razões, não pode ser respeitado, permitindo a oportunidade de implementar mudanças (Winstanley & White, 2003).

Em forma de síntese, a "supervisão clínica proposta", consagra os elementos centrais ao programa de SCE a implementar em CSP, mais propriamente, nos CS de Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Chaves II, e respetivas Extensões de Saúde.

O programa de SCE para as organizações em estudo, assenta numa numa cultura e filosofia próprias, com objetivos bem delíneados, com um conjunto de estratégias de SCE, estilos de supervisão e formatos de SCE identificados pelos enfermeiros. Este programa implica, ainda, a respetiva avaliação do programa, e alguns detalhes inerentes à operacionalização do processo.

Figura 53 - Supervisão clínica proposta

Relativamente à cultura de SCE, os enfermeiros pretendiam que ela fosse difundida nas organizações em estudo, e que se caraterizasse pela presença de *feedback* positivo.

Quanto à filosofia de suporte à SCE, enquanto declaração coletiva de convicções compartilhadas e valores que correspondem à execução das práticas, esta deve dar significado e orientar as práticas supervisivas dos enfermeiros, guiando o seu pensamento e ação.

Os objetivos da SCE proposta consistem, em primeira instância, clarificar os propósitos da SCE, identificar necessidades dos intervenientes, garantir as funções restaurativa, formativa e normativa da SCE, não consistir num processo avaliativo do supervisado, e deve contribuir para promover imagem social da profissão.

As estratégias de SCE identificadas foram: apoio, formação contínua, observação das práticas, análise de documentação dos cuidados de enfermagem, auto supervisão, demonstração, análise crítico-reflexiva das práticas, análise de casos em grupo, análise de casos com o supervisado, sessões de supervisão mistas/ecléticas, sessões de supervisão em grupo, sessões de supervisão individuais, *feedback*, relatório reflexivo, supervisão à distância por telefone, supervisão à distância por *e-mail,* supervisão à distância por *skype®,* supervisão à distância por videoconferência.

Do entendimento dos participantes resultou que o supervisor clínico deve adotar diferentes estilos de supervisão, em função das situações supervisivas, entre os quais o não-diretivo, colaborativo e diretivo.

Relativamente aos formatos de SCE, podem ser: supervisão individual, um para um (1:1); e supervisão de grupo, com a possibilidade de um supervisor para dois a seis supervisados (1:2-6), um supervisor para uma unidade functional, ou um supervisor para um CS (no caso do CS de Ribeira de Pena, por ter menos enfermeiros). No entanto, visto o leque alargado de interesses dos participantes, colocamos a possibilidade de se recorrer a um formato "eclético", que possa integrar supervisão individual e de grupo.

Quanto à monitorização e avaliação e da SCE, esta deve integrar avaliação de estrutura, de processo e de resultados. A primeira avaliação deverá funcionar como a medida "de base". Esta avaliação pode ser feita no final do período previsto no protocolo original (6 a 12 meses), ou quando se percebe que devem ser efetuadas alterações ao protocolo original que, por várias razões, não pode ser respeitado, permitindo a oportunidade de implementar mudanças.

Os enfermeiros entenderam, contudo, que existem alguns detalhes a ter em consideração na operacionalização da SCE, devendo, portanto, ser salvaguardados no programa:

estabeleceram diferenças entre a SCE desenvolvida em contexto de CSP e hospitalar; identificaram os diferentes âmbitos da SC que desenvolviam nos CS, que implicavam diferentes modelos; a implementação progressiva da SCE; o envolvimento dos enfermeiros; as dificuldades na formalização da SCE nas Extensões de Saúde; a criação da carreira de supervisor clínico; enumeraram algumas das resistências à implementação da SCE com que se poderão confrontar; e apontaram algumas dúvidas sobre a evolução da SCE nos respetivos contextos de trabalho.

6. O PROGRAMA DE SCE PARA OS CSP

O ACeS do Alto Tâmega e Barroso é composto por um conjunto de instituições e serviços que estão intimamente ligados às comunidades locais, e fortemente empenhados em fornecer cuidados de alta qualidade, através da utilização eficiente e eficaz de recursos, para proporcionar uma gama completa de cuidados e serviços centrados nos clientes. Os enfermeiros são um grupo profissional que constitui um recurso insubstituível na consecução deste desiderato.

A SCE, em termos teóricos e concetuais, já é um processo relativamente conhecido da Enfermagem Portuguesa, contudo, a sua utilização "formal" ainda está por explorar, em particular no que se reporta aos CSP. Os participantes na investigação que desenvolvemos consideraram-na um processo crucial e necessário no contexto dos CSP, à luz do que tem sido feito noutros países, onde a sua implementação tem vindo a ser altamente recomendada e apoiada pelas políticas de saúde.

Esta investigação desocultou a disposição e empenho dos participantes para a adoção e participação na SCE, na busca da excelência do seu exercício profissional. O estudo realizado ajudou a tornar mais evidentes os contributos da SCE para o avanço das práticas, nas suas diferentes dimensões, nomeadamente, na melhoria do ambiente de trabalho, do bem-estar e da satisfação profissional, no desenvolvimento do conhecimento e competências profissionais, no incremento da reflexão e aprendizagem com as experiências, e na prestação de cuidados de elevada qualidade.

À luz do identificado, apresentamos, neste capítulo, os elementos centrais para um programa de SCE adequado à realidade circunstanciada dos Centros de Saúde do Agrupamento de Alto Tâmega e Barroso, que o co-construíram, e delimitamos as estratégias e metodologias potencialmente apropriadas à sua implementação.

Na configuração dos elementos a incluir no programa de SCE para o ACeS do Alto Tâmega e Barroso, baseámo-nos nos resultados desta investigação, decorrentes das opiniões dos participantes, no entanto, seguimos a orientação de algumas políticas de SCE dos Departamentos de Saúde do UK, Austrália e Nova Zelândia, exclusivamente para a organização e configuração dos conteúdos do programa.

Apresentamos na fig. 54 os elementos centrais ao programa de SCE definido: na seção I, os conteúdos do programa; na seção II, alguns dos procedimentos a adotar; e na seção III, referimo-nos a alguns dos apêndices que devem integrar a política.

Desenvolveremos os conteúdos inerentes ao programa, e respetivos procedimentos, nos subcapítulos que integram esta parte do relatório. Os apêndices apenas os mencionamos aqui como documentos fundamentais do programa, mas que devem ser elaborados em sede das respetivas organizações de saúde.

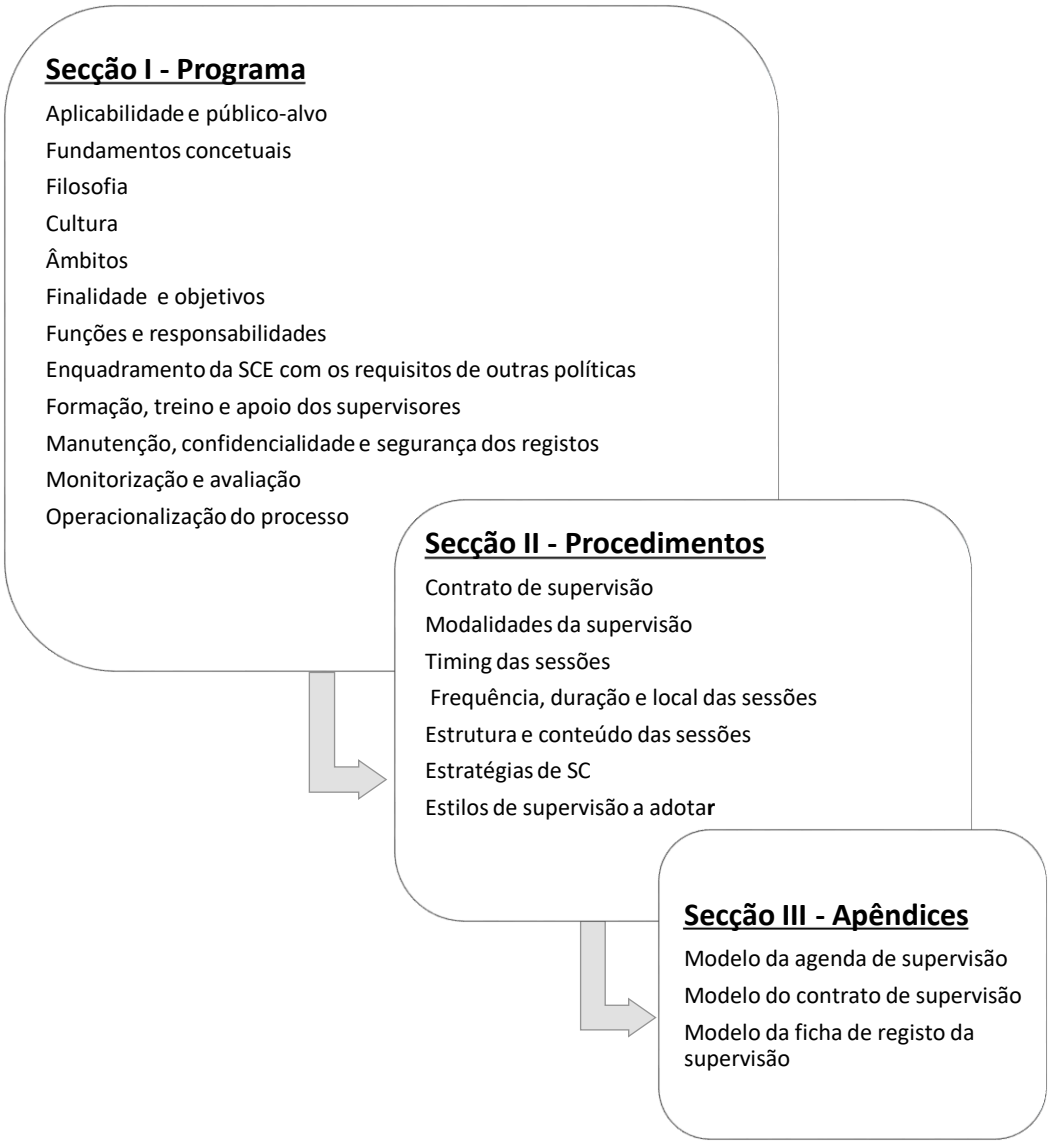


Figura 54 - Conteúdos do programa de SCE para as UCSP do ACES do Alto Tâmega e Barroso

6.1. PROGRAMA

Apresentam-se, neste ponto, os diferentes elementos que, de acordo com o percurso realizado, "devem" integrar o programa de SCE projetado.

APLICABILIDADE E PÚBLICO-ALVO

Este programa foi desenvolvido para os profissionais de enfermagem que exercem a sua atividade em Centros de Saúde do Agrupamento de Alto Tâmega e Barroso.

As políticas inseridas neste programa são uma estrutura da SCE que pode ser utilizada localmente, para desenvolver modelos e sistemas adequados às necessidades locais. Como fica bem evidente, face ao percurso realizado, a nossa intenção foi contribuir para um programa que fosse significativo e adequado à escala local, sem pretensões de generalizações para outros ambientes.

FUNDAMENTOS CONCETUAIS

O desenvolvimento da supervisão clínica, no âmbito da disciplina de Enfermagem, requer a existência de conceitos próprios que deem significado e direção à sua prática, tornando-a clara, definida e fundamentada. Para o efeito, considera-se pertinente que, deste programa, constem as definições dos principais conceitos envolvidos.

Começamos por apresentar as definições do capítulo II, artigo 4.º, 1, 2 e 4, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (OE, 1998), que consideramos serem alguns dos conceitos fundamentais que devem dar significado e direção à prática de SCE nos contextos estudados.

Enfermagem, "*é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*".

Enfermeiro, "*é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência*

científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária".

Cuidados de enfermagem, "*são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais*".

Relativamente ao contexto onde foi realizada a investigação, CSP, estes são definidos na Carta de Alma Ata como os cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade, através da sua participação integral, e a um custo acessível à comunidade e ao país (World Health Organization & UNICEF, 1978).

Qualidade em saúde, é entendida como "*uma tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local (…) que não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde*" (OE, 2001, p. 4).

Apesar de atualmente ainda não serem consensuais os fundamentos concetuais em torno da SCE, sendo o exercício profissional dos enfermeiros regulamentado pela OE, no sentido de garantir que o mesmo se desenvolva com a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem, e de proporcionar aos cidadãos cuidados de qualidade, entendemos que a definição de SCE que deve estar subjacente a este programa, deve ser a definição adotada por esta associação profissional:

> "*Supervisão clínica é um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica*" (OE, 2010, p. 5).

Segundo a OE (2001), a consecução de elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, passa, entre outros, pelo processo da tomada de decisão em enfermagem, devendo o enfermeiro incorporar os resultados da investigação na sua prática, e pelo contributo que este pode dar na maximização da eficácia e da organização dos cuidados de enfermagem.

Sendo vários os elementos que concorrem para este desiderato, salientamos a importância da existência de um quadro de referências para o exercício profissional e a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência

empírica, enquanto base estrutural da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Neste sentido, tomando por referência o quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros e a incorporação dos resultados da investigação na prática, é nosso entendimento que o enquadramento conceptual subjacente a este programa de SCE devem ser as teorias que sustentam o exercício profissional dos enfermeiros, propostos pela entidade que regula a profissão, a Ordem dos Enfermeiros.

No decurso da investigação, foi manifesta nos participantes a demonstração de "*open mind*", característica dos profissionais reflexivos, facilitadora da proatividade na aprendizagem, enquanto processo desenvolvimental, bem como um perfilhar da ideia de uma Enfermagem que tem por foco os processos de transição centrados nas pessoas, na família e no ambiente (Meleis, 2010), o que entendemos ser o terreno propício ao desenvolvimento do processo de SCE, orientado por quadros teóricos inscritos no domínio disciplinar.

FILOSOFIA

De acordo com o que emergiu do estudo, não existia uma filosofia de supervisão clínica nos CS do ACeS do Alto Tâmega e Barros. No entanto, ficou evidente que os enfermeiros consideravam importante a existência de fundamentos filosóficos subjacentes ao programa de SCE, que suportasse a sua implementação e consolidação.

A SCE radica, por si só, numa atitude filosófica, pois profundamente enraizada em pressupostos reflexivos, busca o constante aprofundamento do conhecimento, o desenvolvimento profissional e o aperfeiçoamento das práticas.

Esta investigação colocou em evidência, nos três CS em estudo, a transversalidade de uma conceção da SCE que tem na sua essência uma visão filosófica enraizada nos processos reflexivos que vinculam, conscientemente, os profissionais à prática, dão-lhe significado, orientam o seu pensamento e ação, produzindo transformação da realidade intrapessoal, interpessoal e contextual.

Porém, esta essência filosófica da SCE deve ser pautada pelo enquadramento conceptual, teorias e legislação que sustentam o exercício profissional dos enfermeiros:

- o proposto pela entidade que regula a profissão, a Ordem dos Enfermeiros;
- a legislação que regula a profissão;

- os sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e das respetivas instituições de saúde;
- os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

A filosofia de SCE deve, ainda, articular-se com a dos serviços de enfermagem, com a filosofia da instituição que norteia os serviços e que envolve toda a equipa de enfermagem, e com a missão e os objetivos da mesma.

Tendo por fundamento os pressupostos do que deve ser uma filosofia, sob o nosso ponto de vista, e de acordo com o conhecimento que temos do contexto, a filosofia da SCE a implementar, deve radicar nos pressupostos de Saviani (2009):

- radical - com uma profundidade tal que implique a investigação das raízes das questões;
- rigorosa - impondo sistematicidade e método;
- global - de modo a que os problemas não sejam vistos de forma isolada, mas numa perspetiva integrada.

Devendo os pressupostos filosóficos ser assimilados num processo educativo onde a teoria se antecipa à prática, fundamentando-a e efetivando-a, entendemos, nesta conjuntura, que a SCE deve enquadrar-se numa filosofia assente em pressupostos reflexivos próprios deste processo, aportados nos aspetos que se seguem.

- Enquadramento conceptual e teorias que sustentam o exercício profissional dos enfermeiros, propostos pela entidade que regula a profissão, compreendendo-se por teoria de enfermagem *"uma articulação e uma conceptualização partilhada, desenvolvida ou descoberta, acerca de realidades que dizem respeito à enfermagem, com o propósito de descrever, explicar, predizer ou prescrever cuidados de enfermagem"* (Meleis, 2005, p. 139);
- Legislação que regula a profissão de enfermagem;
- Sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, quer da OE, quer das respetivas instituições de saúde, cuja criação é uma ação considerada prioritária pelas instâncias internacionais como a OMS e o ICN, e organizações nacionais como o Instituto Português da Qualidade [IPQ];
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos em função do domínio específico característico do mandato social da profissão (OE, 2001).

A filosofia de SCE deve também articular-se com a filosofia do serviço de enfermagem em uso:

- filosofia da instituição que norteia os serviços e que envolve toda a equipe de enfermagem;
- determinar elementos e convicções;
- definir os objetivos;
- operacionalização, avaliação e aperfeiçoamento dessa filosofia;
- deve ter significado real;
- trabalho contínuo, vivência de processos reflexivos que evidenciem contradições e divergências que devem ser trabalhadas até que haja consenso;
- processo demorado e desgastante mas, que ao comprometer a todos, propicia o crescimento individual e coletivo (Mendes, 2016).

CULTURA

Os enfermeiros consideraram que a cultura de supervisão em uso nos contextos em estudo tinha um carácter incipiente e era, frequentemente, apoiada em lógicas de perfil "punitivo", face à qual apontaram a necessidade de assimilação organizacional da cultura da SCE, e difusão da mesma, numa perspetiva de desenvolvimento profissional, de dar *feedback* positivo, consentindo, inclusivamente, uma perspetiva de avaliação, mas de caráter formativo, construtivo, não penalizadora para os enfermeiros.

De facto, a cultura, quer num sentido mais lato, ou mais estrito, é um aspeto capital das civilizações, mas também das organizações, "*a cultura é o sistema de ideias vivas que cada época possui. Melhor: o sistema de ideias das quais o tempo vive (…) cultura é uma necessidade imprescindível de toda uma vida, é uma dimensão constitutiva da existência humana, como as mãos são um atributo do homem* (Ortega y Gasset, 1940, p. 93).

A abordagem construtivista subjacente a esta investigação, logo à co-construção do programa de SCE, num processo que se desenrolou tendo por base conhecimento socialmente construído, traduz as influências que os fatores históricos, sociais, políticos, profissionais, académicos e culturais, exercem sobre as construções que os sujeitos fazem sobre a realidade, constituiuindo, um veículo facilitador da apropriação organizacional de alguns elementos próprios da "cultura" de SCE.

Para que esta apropriação se efetive e se difunda nas organizações, em primeira instância, a SCE deve, de preferência, fazer parte da agenda de governação clínica que garanta cuidados seguros e de alta qualidade aos clientes, que promova o desenvolvimento

profissional e o diálogo multiprofissional, o que exige apoio de todos os níveis de gestão da organização, e aceite como uma característica dominante da cultura organizacional.

A cultura de SCE para o ACeS deve:

- ter uma matriz de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, a partir de eventos positivos e negativos, no entanto, sem ter um caráter punitivo, mas sim desenvolvimental, através da prática reflexiva.
- garantir que as necessidades dos supervisados sejam atendidas, exigindo a definição de um plano de ação orientador da SCE culturalmente adequada, fornecida de forma segura a todos os interessados, salvaguardando também o recrutamento e formação adequada dos supervisores.

Em síntese, a SCE para o contexto em estudo, deve envolver uma cultura de confiança e de exigência das práticas profissionais, integrada numa cultura *major*, a cultura da organização.

A cultura de SCE proposta informa os estilos de supervisão a adotar. O estilo de supervisão adotado pelo supervisor clínico pode condicionar positivamente o processo supervisivo, ou comprometê-lo seriamente, estando os enfermeiros despertos para este facto. Neste sentido, resultou do seu entendimento que o supervisor clínico deve adotar diferentes estilos, em função das situações supervisivas:

- não-diretivo;
- colaborativo;
- diretivo.

No entanto, face à cultura de SCE proposta, esta deve assentar, preferencialmente, no estilo colaborativo, aquele com que mais enfermeiros se identificaram, e o que melhor satisfaz as suas necessidades enquanto supervisados. Não obstante, não excluem a necessidade de o supervisor recorrer aos outros estilos, ou mesmo à combinação dos mesmos.

Sendo a SCE, por natureza, um processo de apoio profissional e pessoal, os estilos de supervisão que lhe são próprios radicam na orientação e colaboração. Contudo, isto não significa que, perante situações supervisivas que assim o exijam, o supervisor tenha que adotar um estilo mais diretivo.

Salienta-se, ainda, que, face ao mesmo supervisado, pode haver necessidade de se adotarem estilos de supervisão diferentes, em diferentes momentos, ou mesmo a conjugação de vários estilos.

ÂMBITOS

Este programa de supervisão clínica em enfermagem, resultante da presente investigação, é direcionado à supervisão de pares, para o contexto do ACeS do Alto Tâmega e Barroso.

Quadro 33 - Âmbito do programa de supervisão para o ACES

Supervisão Clínica em Enfermagem

No entanto, salvaguardamos que este programa é suficientemente flexível para se ajustar a eventuais alterações, decorrentes da avaliação da sua aplicação, e à sua extensão a outros âmbitos da supervisão (ex: indução à profissão, integração ao serviço, em situações de transição, supervisão de estudantes), se sujeito à devida adequação aos princípios dos respetivos processos, modelos, sistemas e práticas, e necessidades especificas destas diferentes áreas.

FINALIDADE E OBJETIVOS

A finalidade deste programa de SCE, que se mostrou útil e adequado aos enfermeiros do contexto dos CSP, é contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Entre os objetivos da SCE a implementar, salientam-se os de natureza geral e os específicos que lhes estão associados, respetivamente.

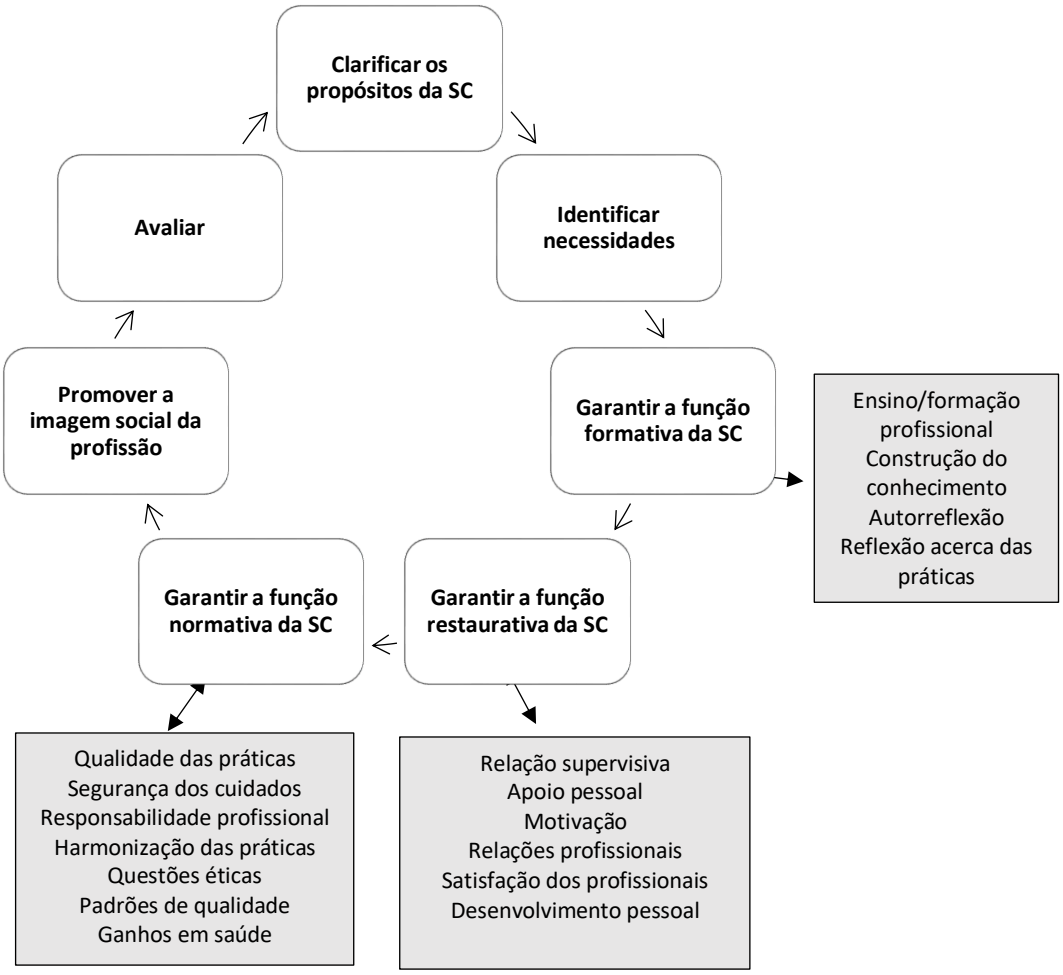


Figura 55 - Objetivos da SCE

FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

Participar em processos de SCE é uma forma de demonstração da responsabilidade individual do exercício de gestão clínica, a qual deve ser reconhecida num quadro mais amplo de atividades de gestão, projetadas para melhorar e monitorizar a prestação de serviços de alta qualidade, as quais devem abranger: educação e formação; auditorias clínicas; gestão de risco; eficácia clínica; investigação e desenvolvimento; participação pública, inclusive experiências do cliente; recrutamento e gestão de pessoal.

Das atribuições e responsabilidades no processo de SCE, considerámos conveniente articular as evidências obtidas nesta investigação com algumas recomendações, que são idênticas em muitos dos programas de SC que consultámos, inclusivamente, relativamente à responsabilidade da SCE, aos supervisores e aos supervisados.

A responsabilidade final pela gestão da SC deve caber, preferencialmente, a um "gestor da SCE", que pode ser o Enfermeiro Chefe, e o contrato formal entre o supervisor e o supervisado deve estar em conformidade com as políticas e procedimentos da organização em que a SCE ocorre.

Os supervisores clínicos devem, preferencialmente, ser identificados dentro de cada CS, embora haja abertura para virem de outros CS dentro do ACeS, em circunstâncias excecionais, o que vai de encontro aos pressupostos de que a supervisão externa deverá de ser sujeita aos mesmos padrões de qualidade para proteger todos os envolvidos no processo. No entanto, esta deve ocorrer apenas com o conhecimento e aprovação dos profissionais e gestores dos respetivos serviços, em situações particulares/excecionais.

Relativamente ao supervisado apresentamos nos quadro 34 os seus direitos e responsabilidades, com base no que emergiu do estudo e que está em linha com Freeman (2006).

Quadro 34 - Direitos e responsabilidades do supervisado

Direitos do supervisado	Responsabilidades do supervisado
• Ser tratado com respeito como um parceiro igual na relação supervisiva: ex., ser envolvido em todas as decisões afetas ao relacionamento; as sessões devem ser realizadas num ambiente não-hierárquico. • Escolher o modo de SC e o seu supervisor clínico. • Programar a maior parte da agenda das sessões de supervisão: expor o que quer falar durante as sessões, desde que problema afete a sua prática. • Confidencialidade, com as exceções: revelar práticas inseguras ou ilegais, ou não frequentar as sessões ou não participar na SC. Isto inclui registos. • Ter garantido tempo e espaço para as sessões de SC; ter um supervisor clínico que cumpra pontualmente as sessões e o "tempo de antena" apropriado aos supervisados. • Discutir dificuldades e sentimentos vulneráveis, se desejar, sem ser criticado por ter essas vulnerabilidades.	• Afirmar-se na negociação de decisões acerca da SC, considerar-se como um igual e capacitar-se para usar as sessões da maneira mais eficaz. • Afirmar-se na negociação do modo de SC e sobre quem será seu supervisor. • Preparar-se para sessões e identificar as questões sobre as quais deseja refletir. • Resultados em termos do próprio desenvolvimento. • Elaborar e seguir os planos de ação decorrentes da reflexão durante a SC. • Garantir o tempo para a sua SC, dando prioridade aos compromissos, com pontualidade. • Ser impugnável, não interpretar todos os desafios como ataques ou prática discriminatória. • Dar feedback ao supervisor sobre a sua facilitação: ex., o que é mais e menos útil.

No que aos direitos e responsabilidades do supervisor diz respeito, tendo por base Freeman (2006), apresentamos uma síntese no quadro 35.

Quadro 35 - Direitos e responsabilidades do supervisor

Direitos do supervisor	Responsabilidades do supervisor
• Ser tratado com respeito como um parceiro igual na relação supervisiva. • Não ser responsabilizado pelo supervisado ou problemas da organização. • Quebrar a confidencialidade em previamente acordada em circunstâncias excecionais. • Discutir os comportamentos ou valores que o supervisado exiba, ou conversar sobre os que lhe dão preocupação com sua prática, ou desenvolvimento da SC. • Discutir comportamentos que sejam insultuosos ou pessoalmente prejudiciais para o supervisor. • Recusar solicitações que fazem exigências inapropriadas sobre o supervisor e o seu papel ou interferência externa dos colegas ou gestores do supervisor ou solicitações inadequadas do supervisado. • Definir fronteiras pessoais e profissionais sobre quais as questões que a abordar com o supervisado. • Escolher com quem quer trabalhar como supervisor clínico. • Tomar medidas para sair da relação de supervisão clínica se tiver dificuldades em cumprir o compromisso ou existirem dificuldades de relacionamento que não possam ser resolvidas.	• Preparação das sessões de SC garantindo que não haja interrupções. • Ser confiável, respeitar os compromissos acordados: limites de tempo, contrato de SC, confidencialidade (com as exceções acordadas). • Evitar que qualquer papel de avaliação inerente à gestão ou educação faça parte das sessões de SC. • Garantir no contrato de SC o tempo exclusivamente para as sessões, e lidar com outras funções em outros momentos. • Refutar exigências inadequadas, como a interferência externa na supervisão. • Focalizar-se na sustentação da prática profissional de qualidade apesar das dificuldades pessoais que o supervisado possa ter. • Encorajar o supervisado a procurar ajuda ou aconselhamento especializado quando necessário. • Discutir os comportamentos ou valores que o supervisado exiba, ou conversar sobre os que lhe dão preocupação com sua prática, ou desenvolvimento da SC. • Garantir que tem suporte, ou seja, a sua própria SC. • Estar consciente de quem é o líder da SC no seu serviço. • Atender às atualizações fornecidas pelos órgãos de gestão do ACeS/CS.

ENQUADRAMENTO DA SCE COM OS REQUISITOS DE OUTRAS POLÍTICAS

As políticas de SCE devem estar de acordo com políticas de saúde mais vastas, quer a nível organizacional, local, regional ou nacional, e também com os princípios reguladores da profissão. De preferência, devem ser parte integrante dos programas operativos de governação clínica, para que a SCE se torne realmente consistente.

Neste sentido, o presente programa de SCE deve ser integrado nas políticas de qualidade do ACeS do Alto Tâmega e Barroso, que por sua vez, respondem aos princípios e metodologias do Sistema Português da Qualidade.

Figura 56 - Enquadramento do programa de SCE

Introduzida nos locais de trabalho como meio de utilizar a prática reflexiva e partilha de experiências, com vista ao desenvolvimento profissional contínuo, a adoção da SCE deve contar com o apoio contínuo dos organismos de saúde e de gestão da organização, ajudando a garantir e melhorar as práticas de enfermagem. A responsabilidade final da SCE caberá ao chefe do executivo da organização, portanto, deve estar relacionada com as políticas e procedimentos da organização na qual ocorre, devendo contar com o empenho e apoio sistemático da organização e respetivos órgão de gestão.

FORMAÇÃO, TREINO E APOIO DOS SUPERVISORES

Os profissionais são responsáveis pelo desenvolvimento das suas competências profissionais, de acordo com sua própria responsabilidade profissional, construindo um portfólio que demonstre evidência dessa competência contínua.

Uma das propriedades que os enfermeiros querem ver presentes no supervisor clínico é a sua *expertise* na área onde vai exercer a supervisão. No entanto, foram unânimes ao considerarem fundamental a formação em SC como um requisito fundamental do supervisor, no sentido em que este tenha o conhecimento, o treino, enfim, as competências para o exercício da supervisão.

Neste sentido, é importante que os enfermeiros que desempenham funções de supervisores recebam formação e treino neste âmbito. Esta formação deve ser planeada

para a fase que antecede o início do processo, devendo prolongar-se com a regularidade necessária para que estes se mantenham atualizados. Neste contexto, as opções devem responder aquilo que, localmente, a organização e os profissionais considerarem adequado para o desenvolvimento dos supervisores.

Das *guidelines* internacionais que consultámos, é responsabilidade das organizações de saúde, neste caso o ACeS, assegurar formação a todo o pessoal envolvido, através dos Centros de Formação, para que todos compreendam o processo de SC.

Tomando por exemplo o Leicestershire Partnership NHS Trust [LPT], a formação sobre o processo, para todos os envolvidos, é de um módulo de aprendizagem que fornece informação sobre os conceitos e práticas em torno da SC (NHS, 2016).

A formação dos supervisores deve contemplar conteúdos que os preparem com as competências necessárias para fornecerem SC eficaz. No caso do LPT, a formação e treino dos supervisores clínicos contempla uma sessão de cerca de quatro horas em sala de aula, explorando conteúdos obrigatórios: desenvolvimento pessoal, papéis específicos do supervisor e supervisado, treino e registos de SC (NHS, 2016).

Os Centros de Formação devem assegurar o acesso à educação e formação necessárias para proporcionar formação inicial ao novo pessoal e permitir que o pessoal existente atualize as habilidades identificadas como necessárias, cabendo ao “grupo de gestão” da SC a responsabilidade pela monitorização da formação e treino.

PRODUÇÃO, MANUTENÇÃO, CONFIDENCIALIDADE E SEGURANÇA DOS REGISTOS DE SCE

A produção, manutenção, confidencialidade e segurança dos registos de SCE envolvem questões de natureza ética e operacional que devem ficar bem definidas entre todos os envolvidos, antes de se iniciar o processo.

A presente investigação evidenciou aspetos relevantes neste âmbito, no entanto esta é uma questão que deve ser objeto de uma análise mais aprofundada dentro da organização, no sentido de se aferirem melhor aspetos relacionados com a sua operacionalização.

Os enfermeiros entenderam que esta documentação deve ser formal, manuscrita ou eletrónica, feita em documento próprio, ou modelo criado para o efeito, atendendo às necessidades de cada CS. Deve ser realizada em intervalos de tempo bem definidos. A documentação ordinária pode ser adaptada aos *timings* de realização das sessões

ordinárias/extraordinárias de SCE, e, quando necessário, proceder-se a documentação de eventos extraordinários. Neste âmbito, devem ser considerados os aspetos que se seguem.

- O que deve constar dos registos - a data, hora e número de participantes de cada sessão; os aspetos inerentes *ao desempenho dos papéis do supervisado e do supervisor;* os contratos são acordados com o pessoal e os resultados inerentes ao contrato de supervisão.
- Onde devem ser mantidos - atendendo ao conhecimento que temos do contexto, os registos inerentes à SCE poderiam ser mantidos nos respetivos CS e Extensões de Saúde, no gabinete disponibilizado ao enfermeiro supervisor, ou na falta deste, no gabinete do enfermeiro chefe, de forma a que apenas o supervisor lhe tenha acesso.
- Quem tem acesso a eles - este aspeto deve resultar de um acordo mútuo, no entanto, em primeira instância, só o supervisor e supervisado devem ter acesso à documentação inerente ao respetivo processo. Porém, em situações excecionais, que envolvam risco relacionado com a profissão, em que não é dado o consentimento de compartilhar os registos, o gestor deve fazer um julgamento profissional sobre a necessidade de substituir este consentimento.

  Os supervisores devem fornecer aos gestores diretos apenas os dados necessários para que estes mantenham os registos de assiduidade da SCE dentro das suas equipas.
- Quem é o responsável por eles - o supervisor.
- Quais os limites da confidencialidade em situações de litígios - estes enquadram-se nas situações excecionais, em que os gestores devem fazer um julgamento profissional sobre a necessidade de substituir este consentimento.

As discussões no âmbito da SC devem ser tratadas como confidenciais e não divulgadas sem autorização prévia. Porém, os envolvidos devem estar cientes de que, no cumprimento da confidencialidade, têm o dever de comunicar problemas de má conduta profissional ou preocupações, os quais devem ser imediatamente transmitidos ao gestor apropriado.

Quando são identificadas questões ou preocupações sobre a prática ou bem-estar do supervisor ou supervisado, como parte do processo de supervisão, o supervisor deverá informar o “gestor” da SCE deste facto, no sentido de se tomarem as medidas concretas para resolução do problema. Uma destas vias é a realização de formação contínua que incida sobre os domínios: cognitivo, de modo a proporcionar conhecimento e ideias que

ajudem na tomada de decisões mais informadas; afetivo, dirigido ao plano emocional; e comportamental, no sentido de contribuir para que as pessoas interajam e se comportem de modo adequado em relação uns aos outros.

Quando são identificadas situações que envolvam risco relacionado com a qualidade e segurança dos cuidados, deve ser imediatamente transmitido aos respetivos gestores, para que tomem as medidas previstas na organização.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Os enfermeiros dos contextos em estudo identificaram a necessidade de sujeitar o programa de SCE para o ACeS a uma monitorização contínua. Consideraram crucial a avaliação do processo, porém, entenderam que a avaliação dos resultados é essencial para aferir dos resultados obtidos na assistência aos clientes, mas também dos obtidos nos enfermeiros supervisados, quer ao nível do seu desempenho, quer da sua satisfação.

- **Avaliação do processo de SCE**

Os participantes irão avaliar aspetos inerentes às práticas supervisivas e os resultados nos clientes. A avaliação deverá ser realizada anualmente, através da utilização de instrumentos próprios criados para o efeito, os questionários criados no contexto desta investigação:

  - "Questionário de avaliação da relevância das estratégias de supervisão clínica em enfermagem (QARESCE)" (Anexo 4);
  - "Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (QAFESCE)" (Anexo 2);
  - "Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (QARIESCE)" (Anexo 3).

A utilização do ciclo de SC de Nicklin (1997) (análise das práticas, identificação de problemas, objetivos, planeamento, ação, avaliação) também se constitui como recurso para avaliar alguns aspetos inerentes ao processo de SCE, tendo por base o método científico.

- **Avaliação dos resultados da SCE nos clientes**

Neste contexto propomos os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, que concorrem para indicar sobre a qualidade da SCE (quadro 36).

Quadro 36 - Indicadores de qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados

1. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene
2. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
3. Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico
4. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se
5. Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado
6. Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
7. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência
8. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação
9. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário
10. Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene

Este painel de indicadores apontou-nos, também, para a SCE que os enfermeiros queriam neste contexto, neste momento. Uma supervisão que contribuísse para melhorarem a qualidade assistencial, no que respeita à preparação dos familiares cuidadores.

Estes indicadores poderão ser computados de acordo com os princípios de Pereira (2007) e a OE (2007), o que é facilitado pelos recursos disponíveis no contexto, na medida em que o ACeS tem sistemas de informação em enfermagem que podem garantir os dados necessários para tais indicadores, uma vez ultrapassados os problemas de interoperabilidade semântica identificados por Paiva e colaboradores (2014), no relatório de "Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®".

- **Avaliação dos resultados da SCE nos clientes**

A existência de indicadores de estrutura, e respetiva avaliação, é uma área particularmente sensível, neste contexto, até porque, nenhuma fase da SC é tão afetada pelo ambiente como a da organização e implementação do próprio processo, na medida em que o

contexto organizacional informa a experiência de SC, inclusive antes de ela começar (Holloway, 1995).

Não nos cingindo apenas a esta tríade, mas recorrendo a ela para estruturar o processo de avaliação de SCE, adaptamos o Modelo de Donabedian (1966) à qualidade da SCE/qualidade da atenção em enfermagem, conforme a fig. 57.

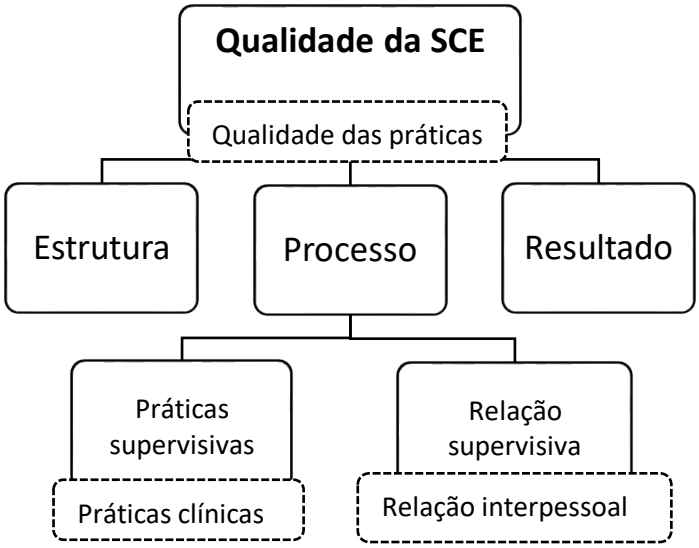


Figura 57 - Modelo de Donabedian adaptado à qualidade da SCE/qualidade da atenção

É a natureza construtivista desta investigação que fundamenta a perspetiva da avaliação da SCE proposta, iluminada por Guba e Lincoln (1988). Admitimos a pluralidade metodológica no sentido de responder às diversas questões postas pelas avaliações e pelas necessidades dos diferentes implicados, até porque, a qualidade dos serviços de saúde exige a integração reciproca de diferentes dimensões, pois só assim poderão oferecer uma adequada resposta às expectativas e necessidades dos beneficiários dos serviços de saúde (Serapioni, 2009). Esta dinâmica osmótica e intercomunicável da avaliação da qualidade em saúde e das suas diferentes dimensões aplica-se também à SCE, cujo traçar de estratégias de integração representa um dos grandes desafios nesta área.

Com base em evidências, sugere-se que o programa de SCE a implementar nos CS de Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Chaves II, e respetivas Extensões de Saúde, se desenrole, na fase inicial, entre seis a 12 meses, ou quando os supervisados tenham experimentado pelo menos seis sessões de SCE.

A primeira avaliação deverá funcionar como a medida “de base”. Esta avaliação pode ser feita no final do período previsto para no protocolo original (6 a 12 meses), ou quando se percebe que devem ser efetuadas alterações ao protocolo original que, por várias razões,

não pode ser respeitado, permitindo a oportunidade de implementar mudanças.

6.2. PROCEDIMENTOS

A operacionalização do programa passa, em primeira instância, pela documentação de todo o processo, desde as políticas e respetivas normas e procedimentos, à determinação do seu arquivo e do acesso ao mesmo.

O desenrolar da SCE obriga à produção de documentação, desde logo, o contrato de SC, o registo das práticas e das sessões de SCE.

CONTRATO DE SUPERVISÃO

Antes do início do processo de SC é importante garantir as suas "regras básicas", e que os envolvidos estão de acordo com as mesmas, pelo que é importante a produção de um contrato de SCE, acordado entre supervisor e supervisado, que devem concordar e assiná-lo.

Este contrato é um acordo entre o supervisado, o supervisor e a organização, e, como tal, deve refletir os objetivos desta última, discriminando as responsabilidades de cada um dos intervenientes para com a organização, fornecendo orientação sobre a interação e comunicação requeridas. O contrato também deve especificar os processos inerentes à gestão da supervisão, tais como as preocupações que possam surgir sobre o desempenho ou competência do supervisor ou supervisado.

Este processo contratual pode variar na sua formalidade, mas deve incluir alguns elementos considerados indispensáveis:

- Confidencialidade, estrutura, frequência e periodicidade das sessões;
- prazo e revisão do contrato;
- natureza do relacionamento supervisivo;
- atuação em caso de litígios e reclamações.

Com base na evidência científica, e porque os participantes não se pronunciaram sobre este aspeto por não dominarem o conhecimento/experiência nesta área, sugere-se que o contrato para o contexto em estudo envolva os itens explícitos no quadro 37.

Quadro 37 - As estratégias de SCE

- Objetivo das sessões de SC é proporcionar ao supervisado a reflexão sobre questões da prática, a fim de se desenvolver pessoal e profissionalmente, no sentido de alcançar, manter e desenvolver práticas de alta qualidade.
- Natureza da relação de supervisão, compromisso com o processo e definição de papéis do supervisor e supervisado.
- Conteúdos das sessões de supervisão.
- A frequência, data, horário e local das sessões de SC. O contrato deve ser personalizado e acorda o plano de sessões, sujeito a revisão.
- Os registos devem ser distribuídos a cada indivíduo para fornecer elementos de prova.
- Calendário acordado de revisão e avaliação da eficácia da SC.
- Preparação das sessões e a responsabilidade de trazer itens para a agenda.
- Detalhes de pontos de desenvolvimento e aprendizagem a serem acionados.
- Acordo para o método de documentação/gravação e posse dos registos.
- Processo de cancelamento.
- Linhas de comunicação.
- Considerações éticas e legais, incluindo os limites da confidencialidade.
- Duração e revisão do contrato não deve ser superior a 12 meses, ou após 10 sessões.
- Detalhes de novos membros ou mudanças no quadro de adesão.

FORMATO E TIPOLOGIA DA SCE

O formato remete para o arranjo de supervisão, ou seja, a combinação do número de supervisores/número de supervisados na supervisão. Os dois modos mais frequentes de organização da SC são: o individual, frequentemente designado de “um-para-um” (1:1), em que um supervisor é responsável pela supervisão de um profissional; e o de grupo, em que o supervisor é responsável por mais do que um supervisado.

Nos CS do ACeS, o formato que melhor serve a SCE a implementar é o formato que denominámos por “eclético”, que congrega a utilização de supervisão individuais (1:1) e supervisão em grupo. A supervisão deve ser, preferencialmente, de grupo, que foi o que emergiu dos dados qualitativos como o mais desejado pelos enfermeiros participantes. No entanto, estes consideraram que também teriam benefícios com o formato individual, pelo que sugeriram a combinação dos dois formatos de SCE.

Relativamente à supervisão em grupo, os enfermeiros entenderam que ainda tinham que discutir mais aprofundadamente o número de supervisados que cada supervisor devia ter sob sua supervisão, bem como a organização desses grupos, salvaguardando que, grupos grandes dificultam a supervisão, colocando-se as seguintes possibilidades de organização:

- um supervisor para dois a seis supervisados (1:2-6);
- um supervisor para uma unidade funcional;

- um supervisor para um CS (no caso do CS de Ribeira de Pena, por ter menos enfermeiros);
- os enfermeiros das Extensões de Saúde podem integrar um grupo, ou ter SCE individual.

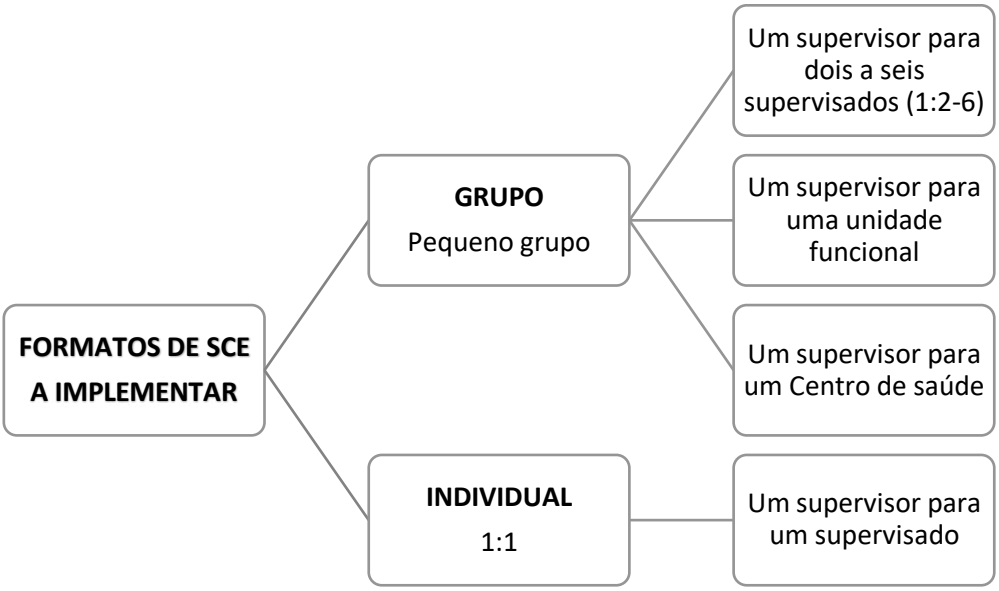


Figura 58 - Formatos de SCE a implementar nos CS

A supervisão em grupo, com um supervisor para dois a seis supervisados (1:2-6), foi aquela que reuniu maior consenso entre os participantes, devendo ter supremacia sobre a individual, na medida em que promove a partilha, a discussão, a análise de casos em grupo e a reflexão conjunta sobre as práticas.

A individual (1:1) deve ser utilizada para tratar os aspetos mais privados relacionados com o supervisado.

Quanto à tipologia da SCE, esta refere-se ao modo como as sessões de SCE são organizadas: individuais, ou em grupo. Neste caso, concluímos que a tipologia que serve a SCE do ACeS é aquela que também denominámos por "eclética", que não encontrámos descrita na literatura, mas que congrega sessões de SCE individuais (1:1) e sessões de grupo.

As sessões devem ser, preferencialmente, de grupo, que foi o que emergiu dos dados qualitativos, como o mais desejado pelos participantes. No entanto, estes consideraram que também teriam benefícios com as individuais, pelo que sugeriram a sua combinação.

As sessões de supervisão individuais, entre um supervisor e um supervisado, são regularmente, referidas na literatura como sessões "*one-to-one*" (1:1). As sessões de supervisão em grupo, envolvem um supervisor e um pequeno grupo de supervisados, com

experiência profissional semelhante, que partilham a SC e as sessões com o mesmo supervisor.

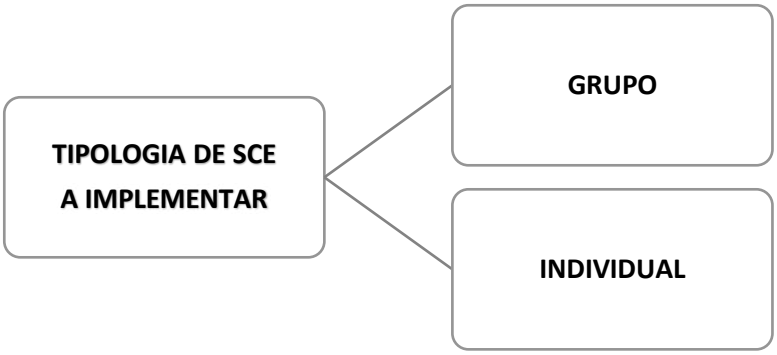


Figura 59 - Tipologia de SCE a implementar nos CS

Não havendo um consenso sobre o caminho mais apropriado na gestão e organização da SCE para que se assegurem os melhores resultados, entendemos que este desenho serve a SCE desejada.

O formato e tipologia de SCE propostos são, marcadamente, assentes nos pressupostos da prática reflexiva, interpessoal, daí que, conforme o desejado pelos participantes, as dinâmicas de grupo sobrepuseram-se às individuais, embora não deixassem de considerar estas últimas relevantes.

A reflexão em grupo e individual, proporcionadas por estas tipologias e formatos da SCE, apresentam vantagens e desvantagens, pelo que, identificamos nestes sistemas "ecléticos" a possibilidade de extrair o melhor das dinâmicas de grupo e individuais. Apresentamos no quadro 38, as vantagens e desvantagens destas dinâmicas, adaptado de Tate (2004).

Quadro 38 - Vantagens e desvantagens da SCE em grupo e individual

Díade / Grupo	
Vantagens	**Desvantagens**
Múltiplas perspetivas de entendimento sobre o assunto Ter um grupo de apoio ao iniciar a ação Pode aprender com as experiências dos outros Permite ter a experiência do supervisor Pode ser mais motivador para supervisado	Precisar de aderir às regras básicas Poder tornar-se em "bode expiatório" Poder desenvolver "grupos" Necessidade de considerar os outros quando se envolve no processo Pode responder para agradar ao supervisor Precisar confiar e respeitar o supervisor Os participantes podem estar em diferentes estágios de desenvolvimento As necessidades pessoais não podem ser a prioridade para o grupo
Individual	
Vantagens	**Desvantagens**
Não ameaçadora Pode ser realizada de acordo com as necessidades individuais Pode possibilitar mais honestidade Concentra-se em questões pessoais Permite ter a experiência do supervisor Pode ser mais motivadora para supervisado	Mais dificultador do estímulo pessoal Ter apenas uma perspetiva de entendimento sobre o assunto Pode tornar-se negativa Pode levar ao equívoco pessoal Pode responder para agradar ao supervisor Necessidade de encontrar um supervisor pessoal Precisar confiar e respeitar o supervisor Pode ser caro

TIMING DAS SESSÕES

Relativamente ao *timing* para a realização das sessões, ainda é necessário refinar a reflexão, sendo, no entanto, importante o provimento de tempo para as sessões de SC, colocando-se duas possibilidades:

- fora das horas programadas para cuidados aos clientes, para que todos possam estar focados nas questões da supervisão, contabilizando o tempo como tempo de serviço.
- no final da manhã, e no final da tarde, para os enfermeiros que trabalham nestes turnos, respetivamente.

FREQUÊNCIA, DURAÇÃO, ESTRUTURA E LOCAL DAS SESSÕES

Relativamente à frequência das sessões, ficaram definidas sessões ordinárias de supervisão, mensalmente, e a realização de sessões extraordinárias sempre que um dos intervenientes o solicite.

No que respeita à duração, sugere-se que inicialmente as sessões sejam de uma hora, pois foi o período de tempo que reuniu maior consenso dos participantes.

Esta duração das sessões, era, à partida, consonante com os recursos disponíveis, pois sendo poucas horas é mais fácil integrá-las na realidade formal dos serviços, uma vez que implicam um custo económico. Por outro lado, exige um planeamento muito bem delimitado das sessões, bem como, a focalização, assertividade e organização das mesmas.

As sessões supervisivas constituem momentos formativos cuja falta de planeamento das sessões interfere com a qualidade e eficácia da mesma, pelo que é entendido que estas devem ser bem estruturadas e planeadas, com conteúdos devidamente acordados. Neste sentido, tomando por referência o NHS (2006; 2009), o Worcestershire Mental Health (2011) e Tooley (2014), apresentamos um conjunto de orientações a considerar no plano das sessões.

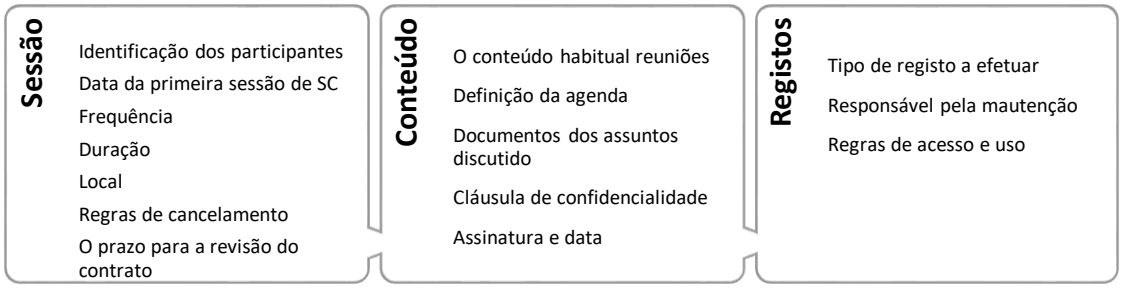


Figura 60 - Plano das sessões

Não obstante no início da implementação da SCE dever começar-se com sessões de 1 hora, salienta-se que, este período de duração, deverá ser objeto de análise dos envolvidos, e, a partir das experiências, efetuarem-se os ajustes considerados necessários, tendo em conta os recursos disponíveis

Quanto à estrutura das sessões, estas devem contemplar: a preparação e apresentação, a clarificação, a afirmação, a reflexão e conclusão.

No que respeita ao conteúdo das sessões, este deve incluir: a definição da agenda, documentos dos assuntos discutidos, cláusula de confidencialidade, assinaturas e data.

Cada supervisor deve trabalhar antecipadamente a agenda das sessões, no sentido de as ajustar, para que possam atender os requisitos do grupo de supervisados/supervisado, em função da sua tipologia. A agenda das sessões pode, ainda, ser ajustada no início das mesmas, devendo fornecer uma orientação a seguir, no sentido de ajudar a estruturar a discussão e o tempo disponível para a mesma.

São aspetos cruciais da agenda das sessões de SCE a desenvolver no ACeS, a reflexão sobre a prática, incentivar o pensamento crítico, motivar e desafiar o(s) profissional(s).

Tomando por referência a evidência disponível, sugerimos que os planos de ação personalizados da SCE sejam centrados em torno de um equilíbrio de temas, que são essenciais para a implementação de um processo de SCE eficaz, através da aprendizagem compartilhada, e que, tendo por base o sugerido por Deeny e Dugan (2005), devem incluir o seguinte:

- compreensão e identificação de diferentes abordagens de reflexão;
- clarificação de objetivos e expectativas do processo;
- consolidação de equipe;
- orientação e estruturação as discussões;
- monitorização e avaliação do impacto do processo;
- estratégias de sustentação do processo.

No estabelecimento da relação supervisado/supervisor, é importante, desde o início, assegurar os limites e conhecer as expectativas de ambas as partes.

O estabelecimento de um ponto de referência em relação às expectativas, ajuda os intervenientes na supervisão a gerirem as questões ou preocupações potenciais que possam surgir. É também importante para o supervisor, perceber se o projeto para os outros constitui, ou não, uma “sobrecarga”, devendo assegurar-se que o pessoal que está a supervisionar se sente realmente suportado, e que o seu papel de supervisor é levado a sério e valorizado.

Quanto ao local de realização das sessões, aponta-se que estas se realizem nos respetivos Centros de Saúde do ACeS, onde os supervisados exercem as suas funções, num espaço adequado ao efeito. Os enfermeiros que trabalham nas Extensões de Saúde deverão deslocar-se à Sede para participarem nas sessões de SCE de grupo.

Também aqui salvaguardamos a possibilidade de algumas sessões se realizarem em outros locais, previamente acordados, inclusivamente nas Extensões de Saúde.

Em função do local onde se realizarem as sessões, terão que se ter em consideração as necessidades de deslocação dos envolvidos, supervisor e/ou supervisados, o que pode

implicar custos económicos acrescidos.

Na figura 61 representamos alguns dos aspetos inerentes à operacionalização da SCE

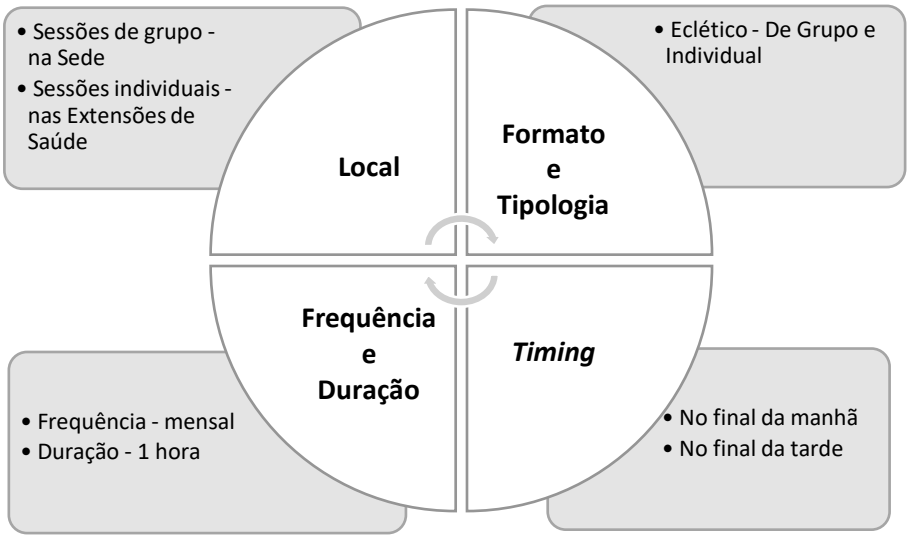
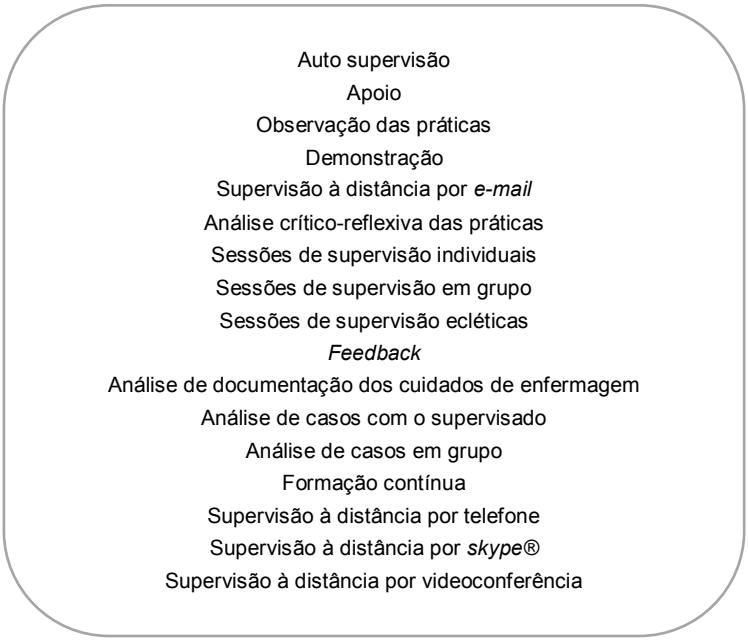


Figura 61 - Alguns aspetos operativos da SCE

ESTRATÉGIAS DE SC A MOBILIZAR

Relativamente às estratégias de SCE a utilizar no programa a implementar, foram 18 as estratégias que emergiram da investigação, duas dos dados de natureza qualitativa e 16 dos de natureza quantitativa, as quais são apresentadas no quadro 39, onde procurámos respeitar a ordem pela qual as estratégias surgiram no ranking da frequência desejada de utilização, salvo as que emergiram dos dados qualitativos.

Quadro 39 - As estratégias de SCE



Na mobilização destas estratégias para as práticas supervisivas, o supervisor deve ter em consideração as respetivas características.

- Auto supervisão – fomentar a introspeção metacognitiva, a autoanálise e a autorreflexão.
- Apoio – integra as dimensões "emocional" e "profissional". O apoio emocional deve ter como propriedades a formalidade e tempo garantido para o apoio, a mobilização de estratégias de *coping*, o provimento de reforço positivo, a valorização e motivação do profissional, planeamento de atividades recreativas, a colaboração de profissionais de outras áreas.
- Observação das práticas – deve ser planeada, com objetivos delineados, mas também deve contemplar uma componente naturalista, em que o supervisor observa naturalmente as práticas do supervisado, e participante, numa atitude de colaboração com este último; deve ser sistemática, não tendo necessariamente que ser diária, mas com uma regularidade semanal a mensal, procurando identificar as necessidades do supervisado.
- Demonstração – processo estratégico cujo caráter *in loco* que permite ao supervisor abordar uma determinada situação recorrendo a métodos de exemplificação, explicação ou ensino, que permitem ao supervisado aprender observando e colaborando na exemplificação do supervisor.

- Supervisão à distância por *e-mail* - permite a comunicação entre o supervisor e o supervisado em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas ou provimento de apoio.
- Análise crítico-reflexiva das práticas – integra as dimensões intrapessoal (autorreflexão) e a interpessoal. A intrapessoal é focada no desenvolvimento do pensamento crítico; a interpessoal deve caraterizar-se pela continuidade da reflexão nas reuniões de serviço, reflexão com os pares sobre a evidência científica e sobre as práticas.
- Sessões de supervisão individuais - realização de sessões individuais, entre supervisor e supervisado, para discussão de aspetos particulares.
- Sessões de supervisão em grupo - realização de sessões em grupo, que proporcionem à equipa os benefícios da discussão em conjunto, da partilha de ideias e reflexões
- Sessões de supervisão mistas/ecléticas – este tipo de estratégia foi proposto pelos enfermeiros, no sentido de que as sessões de SCE possam ter um caráter misto e eclético. Isto é, a existência de sessões com um momento onde possam ser analisadas questões individualmente, entre o supervisor e o supervisado, outro momento em que sejam analisadas as questões entre o supervisor e o grupo de supervisados.
- *Feedback* – integra as dimensões: «*feedback* negativo/positivo», «*feedback* formal/informal», «*feedback* formativo/avaliativo». Relativamente às suas propriedades, deve ser assertivo, nomear as zonas de não saber do supervisado e fornecido em ambiente próprio.
- Análise de documentação dos cuidados de enfermagem – tem como propriedades facilitar a supervisão, facilitar a identificação de necessidades de formação do supervisado e facilitar o planeamento de estratégias de supervisão.

Nesta estratégia salientamos a relevância da introdução das novas tecnologias ao serviço da documentação dos cuidados de enfermagem, um facto generalizado nos serviços de saúde públicos, em Portugal. A implementação desta estratégia está facilitada pelo facto das unidades de saúde onde se realizou o estudo estarem equipadas com sistemas de documentação dos cuidados de enfermagem suportados em linguagem classificada (CIPE®), o que facilita a SCE.

- Análise de casos com o supervisado - análise reflexiva de uma situação concreta, real ou hipotética, convenientemente contextualizada, proporciona a fundamentação para a execução e a aprendizagem reflexiva através da análise

detalhada da situação, num contexto de discussão entre o supervisor e o supervisado.

- Análise de casos em grupo - análise reflexiva de uma situação concreta, real ou hipotética, convenientemente contextualizada, proporciona a fundamentação para a execução e a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada da situação, num contexto de partilha e discussão conjunta.
- Formação contínua – integra as dimensões "não formal" e "informal". A não formal deve integrar as propriedades: análise de casos, ações de formação, participação em projetos de investigação, replicação da formação nos serviços. A informal deve integrar a autoformação, a divulgação de evidência científica e a reflexão com os pares.
- Supervisão à distância por telefone - permite a comunicação entre o supervisor e o supervisado em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas ou provimento de apoio.
- Supervisão à distância por *skype*® - permite a comunicação entre o supervisor e o supervisado em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas ou provimento de apoio.
- Supervisão à distância por videoconferência - permite a comunicação entre o supervisor e o supervisado em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas ou provimento de apoio.
- Relatório reflexivo – sendo a escrita, por natureza, um ato reflexivo esta é uma estratégia didática de promoção da reflexão e autoavaliação.

6.3. CONSIDERAÇÕES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO

Relativamente à operacionalização do processo, a investigação deixou alguns aspetos a considerar, devendo, portanto, ser salvaguardados no programa.

Os enfermeiros estabeleceram diferenças entre a SCE desenvolvida em contexto de CSP e hospitalar; identificaram os diferentes âmbitos da SC que desenvolviam nos CS, que, no futuro, implicam diferentes modelos; consideraram que a implementação da SCE nos seus contextos de trabalho deve ser progressiva e que exige o envolvimento de todos os enfermeiros; anteciparam algumas dificuldades na formalização da SCE nas Extensões de Saúde, inerentes a aspetos geográficos e de organização do trabalho; enumeraram algumas das resistências à implementação da SCE com que se poderão confrontar; e

apontaram algumas dúvidas sobre a evolução da SCE nos respetivos contextos de trabalho.

A SCE no contexto dos Cuidados de Saúde Primários tem algumas particulares, que a distingue da SCE em contexto hospitalar. As diferenças a que nos referimos estão principalmente relacionadas com as diferenças estruturais entre ambos os contextos, na medida em que a estrutura física dos CSP, diferentes das hospitalar, exige que o formato da SCE, a organização das sessões e, inclusivamente, a seleção do supervisor clínico, tenha que considerar estas particularidades. Também a organização do trabalho, das equipas, e a natureza da prestação de cuidados em CSP, são diferentes do contexto hospitalar, o que, também, implica diferenças na SCE.

Estas diferenças explicam o facto de os enfermeiros considerarem que o formato e tipologia de SCE que melhor servem os CS do ACeS, sejam "ecléticos", e que, apesar de integrarem, preferencialmente, dinâmicas de grupo, devem, também, congregar dinâmicas individuais, entre o supervisado e o supervisor, para tratar assuntos mais sensíveis, que ambos entendam não deverem ser expostos no grupo.

No CS de Ribeira de Pena propomos haver apenas um supervisor para o CS, visto a equipa de enfermagem ser constituída apenas por oito elementos.

Dada a organização das equipas dos CSP, também propomos que, no caso das unidades funcionais, cada uma destas tenha um supervisor clínico, o qual pode ser identificado dentro do ACeS e não especificamente no CS, de entre os enfermeiros duma unidade similar, por Centro de Saúde.

A SCE nas Extensões de Saúde exige supervisão presencial, o que implica a mobilização de recursos (tempo e meios) para o supervisor se deslocar às mesmas. Por outro lado, estes recursos também são necessários para que os enfermeiros se desloquem às Sedes dos CS, para participarem nas sessões de SCE em grupo.

Em síntese, sendo difícil identificar consistência na evidência científica sobre "modelos perfeitos" de SCE, o programa que emergiu desta investigação integra aspetos de uma diversidade de "modelos", cuja finalidade passa por orientar a relação entre o supervisor e o supervisado, no âmbito da supervisão clínica em enfermagem, num contexto em que o programa responda às necessidades de supervisão existentes nos CS de Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Chaves II, e não o contrário. Ou seja, que a supervisão sirva o "modelo".

Para tal, é necessário que se compreenda que este programa é suficientemente flexível, permitindo fazer a sua avaliação e respetivos ajustes ou adaptações. Identificados um

conjunto de diretrizes e limites, este programa não coloca um ponto final nas formas como a SCE pode ser organizada, ou como se podem desenrolar as aprendizagens e desenvolvimento, no contexto onde se desenrolou a investigação.

Este é um programa que radica numa matriz ecológica, construtivista e reflexiva. Esta matriz é reforçada pela interpretação dos supervisores e dos supervisados na relação supervisiva, onde estes primeiros têm um papel fulcral na revalorização do efeito multiplicador da diversidade relativamente aos supervisados, na promoção da auto implicação destes no seu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, na consciencialização da qualidade das suas práticas, e ainda, na relação que estabelece com toda a ecologia envolvente e o objeto da supervisão.

7. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Neste capítulo pretendemos sintetizar os aspetos mais relevantes que emergiram do percurso de investigação, tomando como elementos estruturantes a construção de um discurso de resposta aos objetivos que nortearam a investigação.

Numa primeira instância focamo-nos naquilo que eram as representações da SCE que imperavam à escala do contexto estudado e naquilo que eram as práticas supervisivas em uso. Após, procuramos densificar as atividades supervisivas que, na opinião dos envolvidos, têm potencial de implementação no contexto do ACeS do Alto Tâmega e Barroso. Daqui, evoluímos para a clarificação dos elementos centrais e estratégias supervisivas estruturantes para a implementação da SCE, e para a definição das estratégias mais adequadas, à escala do contexto, para efeitos da monitorização do impacte da SCE.

REPRESENTAÇÕES SOBRE A SCE

As representações dos enfermeiros sobre a SCE incidiram, essencialmente, sobre os temas “Conceito de SCE”, “SCE como processo” e “Importância da SCE”.

Quanto ao conceito de SCE, concluímos que os enfermeiros lhe atribuíram um significado positivo, relacionado à ajuda profissional e ao “colmatar de dúvidas”. Porém, também lhe conferiram um significado negativo, associado a atividades de avaliação, observação, vigilância, provisão de *feedback* negativo, e, inclusivamente, subordinação.

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros sobre a SCE, concluímos que este ainda era vago, persistindo algumas dúvidas e confusão sobre a mesma. Este estádio, a nível do conhecimento, devia-se, em parte, à falta de familiaridade, de “tradição” e experiência dos enfermeiros, relativamente aos processos de SCE. Porém, estes consideraram que, por via da formação em SCE, seria possível alargar a sua compreensão do conceito.

As representações dos enfermeiros sobre o termo “supervisão” ainda estavam muito associadas à subordinação hierárquica, pelo que sugeriram a sua substituição pelo termo “orientação”, menos sugestivo de direção, de controlo e de autoridade por parte das chefias.

Apurámos, também, que os enfermeiros consideraram que o processo de SCE envolve funções de natureza formativa e desenvolvimento profissional, de interação e relação

interpessoal, de garantia da qualidade e segurança dos cuidados. Porém, embora se continuem a alegar os benefícios da SCE na eficácia e na qualidade e segurança dos cuidados, continuam a ser muitos os argumentos sobre a falta de evidência científica que demonstre, efetivamente, o impacto direto da SCE nos cuidados aos clientes, havendo necessidade de continuar a investigar neste domínio.

Em síntese, as representações dos enfermeiros participantes, relativamente ao processo de SCE, foram de encontro aos fundamentos dos modelos de SC de Proctor (1986) e Nicklin (1997), modelos que se centram na segurança e qualidade dos serviços de saúde, por via do envolvimento pessoal, o qual aumenta a motivação e o compromisso em desenvolver as práticas, e que conjugam três funções essenciais: a formativa/educativa, que proporciona o desenvolvimento de conhecimento, competências, compreensão e reflexão, explorando as experiências de trabalho do supervisado; a restaurativa/suportiva, que providencia o apoio que permite ao supervisado lidar com as emoções e relações interpessoais; a normativa/gestão, que realça a importância de competência e responsabilidade profissional e os padrões de qualidade organizacional, garantindo o controlo da qualidade.

Quanto às representações dos enfermeiros, no que releva para a importância da SCE, concluímos que estes a consideraram importante para o desenvolvimento profissional, para o apoio profissional, apoio na resolução de problemas e apoio na tomada de decisão que podem obter quando usufruem de supervisão.

Destacamos a relevância atribuída à SCE pelos enfermeiros que trabalhavam em Extensões de Saúde, visto que, havia locais, onde exercia apenas um elemento da equipa de enfermagem. O mesmo aconteceu com os enfermeiros que exerciam a sua atividade em contexto das UCC/ECCI, pois faziam visitas domiciliárias, muitas vezes, em locais isolados, de difícil acesso, e, inclusivamente, onde as telecomunicações nem sempre funcionavam conforme as necessidades.

Concluímos que nas situações onde existem dificuldades acrescidas ao acesso ao apoio profissional, em tempo útil, levou os enfermeiros a valorizarem mais a SCE para o seu desenvolvimento, apoio profissional, apoio na tomada de decisão e resolução de problemas imprevistos, com que se confrontam no exercício da profissão. Aqui também enfatizamos o carácter relevante da função restaurativa da SCE, circunstância que desvelava as oportunidades de avanço do nosso estudo.

Relativamente à importância da SCE, concluímos, ainda, que esta depende dos intervenientes, ou seja, de fatores relacionados com os elementos da organização envolvidos na sua implementação, da forma como é tratada e desenvolvida, da qualidade

e competência do supervisor, do supervisado, e da utilidade reconhecida à SCE por parte dos intervenientes no processo.

Em síntese, as representações dominantes sobre SCE, no contexto onde desenvolvemos o estudo, incorporavam elementos que se mostraram oportunos para o avanço da proposta de trabalho que fomos construindo com os enfermeiros de ACeS.

Daqui foi-nos possível tomar consciência de aspetos da SCE a incorporar no desejado pelos participantes, tais como: a componente formativa e de desenvolvimento profissional com funções de ensino, reflexão sobre as práticas, apoio profissional, observação e análise das práticas, e orientação na atualização do conhecimento; uma componente interação e relação, com funções inerentes à promoção da relação supervisiva e do apoio emocional do supervisado; e, uma componente de garantia da qualidade e segurança dos cuidados, com funções de incremento da qualidade das práticas, da segurança dos cuidados e da garantia dos padrões de qualidade organizacional.

Estas três componentes da SCE identificadas, correspondem às três funções interativas da SC dos modelos de Proctor (1986) e Nicklin (1997).

A SCE é considerada importante para o desenvolvimento e apoio profissional, para o apoio na tomada de decisão e na resolução de problemas, e na reformulação das práticas. Contudo, esta importância está dependente dos atores intervenientes no processo, ou seja, temos a SC adequada se tivermos as pessoas certas.

A SUPERVISÃO EM USO

Considerando aquilo que são as funções e as estratégias descritas na literatura, acerca da SCE, era por nós expetável “encontrar”, à escala do contexto onde foi desenvolvida a investigação, “supervisão clínica em uso”.

Concluímos da existência de práticas supervisivas, essencialmente, de natureza informal, não obedecendo a nenhum planeamento, sistematicidade ou formalidade. Percebeu-se que a SCE era uma “necessidade”.

Estas práticas supervisivas realizavam-se em três âmbitos diferentes: na integração de novos elementos no serviço, supervisão entre pares e supervisão de estudantes em contexto de ensino clínico.

Quanto à cultura organizacional de supervisão que governava a SCE em uso, percebeu-se o seu carácter incipiente e, com frequência, apoiada em lógicas de perfil “punitivo”.

Quanto às estratégias de SCE, aquelas que os enfermeiros identificaram como menos frequentemente implementada nos serviços foram o «relatório reflexivo», seguida da «análise de casos em grupo» e da «análise de documentação dos cuidados de enfermagem».

Entendemos que estes resultados podem estar relacionados com fatores inerentes à disponibilidade de tempo que a implementação deste tipo de estratégias exige. A execução de relatórios reflexivos e documentação de cuidados exige a disponibilidade de tempo individual, por parte do supervisor, para a sua operacionalização. A análise de casos em grupo, mais do que a individual, exige a disponibilidade simultânea de um conjunto de pessoas para a sua operacionalização. Face à conjuntura que se vive atualmente nos contextos de saúde, os recursos humanos são escassos e as prioridades dos enfermeiros têm que ser muito bem definidas, no sentido de otimizar o tempo, pelo que julgamos que a implementação deste tipo de estratégias possa não ser facilitadora para os enfermeiros, o que pode justificar estes achados.

As estratégias de SCE que os enfermeiros consideraram ser mais frequentemente implementadas foram a «auto supervisão», a mais frequentemente implementada, seguida do «apoio» e da «observação»

Atribuímos estes resultados ao facto da auto supervisão consistir numa estratégia intrínseca à existência profissional dos enfermeiros, toda ela impregnada por processos de introspeção metacognitiva, de autoanálise e autorreflexão no sentido de (re)definir, (re)formar e (trans)formar constantemente as práticas.

O facto de o apoio ser uma estratégia que proporciona ajuda profissional ao enfermeiro, que facilita a redução do stresse e prevenção do *burnout*, aumentando a satisfação profissional, explica que esta seja uma das mais utilizadas por eles.

Por sua vez, a observação, sendo uma estratégia que se pode implementar de forma espontânea, que permite aos enfermeiros a caraterização das situações de trabalho com que os profissionais se confrontam, e que, por intermédio da perceção e análise subjetiva do real, permite identificar variáveis e interações que fornecem dados para a análise objetiva das situações e para a construção de uma consciência crítica de si e dos outros, face à situação.

Dadas as caraterísticas estruturais dos cuidados de saúde primários, é interessante verificar que as estratégias de supervisão à distância não eram muito utilizadas pelos enfermeiros. Apesar destes terem disponíveis telefones de serviço, a estratégia de supervisão à distância por telefone, entre 16 estratégias, surgiu, no *ranking* das mais

frequentemente utilizadas, em oitavo lugar, seguida da supervisão à distância por *e-mail*, em nono, e a supervisão à distância por s*kype*® em 13ª lugar, o que revelou que os enfermeiros recorriam mais a estratégias presenciais.

Em síntese, concluímos da existência de práticas de supervisão em uso, porém, de caráter informal, pois não obedeciam a nenhum programa, planeamento, sistematicidade ou formalidade. Constatámos, também, que, apesar desta informalidade, os enfermeiros usavam, nas suas práticas supervisivas, um conjunto de estratégias mais focalizadas no contacto presencial, não se verificando predileção pela utilização de estratégias de supervisão à distância.

A SUPERVISÃO CLÍNICA PROPOSTA

As conclusões sobre a SCE proposta constituem um aspeto fulcral do trabalho realizado, pois revelam o programa de SCE, com base no proposto pelos enfermeiros dos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Chaves II.

Concluímos que o programa deve incluir orientações que incidem sobre nove grandes áreas: as políticas inerentes à sua formalização; a filosofia e cultura; os objetivos; as estratégias; os formatos; a avaliação do processo de SCE; e os pormenores relativos à sua operacionalização.

FORMALIZAÇÃO DA SCE

Os enfermeiros consideraram que a SCE consiste num processo sistemático que exige uma metodologia para a sua realização, não podendo ser feita *ad hoc*.

No que diz respeito à formalização da SCE, concluímos que os enfermeiros dos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Chaves II, pretendiam que a SCE fosse formalizada nestes contextos, o que exige a documentação das políticas e práticas de SCE proposta.

Antes de se dar início à SCE nos Centros de Saúde em estudo, é fundamental determinar e documentar os fundamentos do processo e as *guidelines* que garantam as "regras básicas" do seu funcionamento. Neste sentido, concluímos que devem fazer parte dos fundamentos do programa de SCE, e a documentar: as políticas inerentes à sua formalização; a cultura e a filosofia; os objetivos; as estratégias; os estilos de supervisão; os formatos; a avaliação da SCE; e os pormenores relativos à operacionalização do processo.

Quanto às orientações para a documentação propriamente dita, esta deve ser efetuada conforme diretrizes institucionais. Relativamente à posse e acondicionamento dos documentos resultantes dos registos de supervisão, não relacionados com os cuidados aos clientes, concluímos que é importante aprofundar a discussão nos centros de saúde em estudo, sobre os seguintes aspetos: onde devem ser mantidos; quem lhes pode aceder; e quem é o responsável por eles.

Face ao conhecimento adquirido, entendemos que estes documentos são propriedade conjunta da organização e dos envolvidos, devendo existir um local, na organização, onde estes possam ser acondicionados e devidamente protegidos.

Segundo o conhecimento que temos dos contextos em estudo, estes documentos podem ser acondicionados num espaço criado especificamente para a SCE, ou, caso não seja possível, no gabinete do Enfermeiro Chefe. Em ambas as situações os documentos devem ser devidamente protegidos do acesso a terceiros, que não o supervisor e o supervisado. Devem ser guardados, por exemplo, num armário fechado, ao qual só o supervisor tenha acesso, pois, deve ser ele o responsável por estes documentos.

Deve haver uma cópia disponível para cada uma das partes envolvidas (organização, supervisor e supervisado), podendo, com o conhecimento de todas as partes, ser usados para contribuir para outros processos de gestão.

O contrato de supervisão é um dos documentos que entra no acervo destes registos. Na medida em que constitui um acordo entre o supervisado, o supervisor e a organização, o contrato deve refletir os objetivos da organização, discriminar as responsabilidades do supervisor e do supervisado para com a organização, e fornecer orientações sobre a comunicação exigida. O contrato também deve identificar especificamente os processos inerentes à gestão da supervisão, tais como as preocupações que possam surgir sobre o desempenho ou competência do supervisor ou supervisado

Sobre a documentação das sessões de supervisão concluímos que é essencial que seja efetuada, logo, deve fazer parte do acervo dos documentos da SCE. No entanto, consideramos necessário aprofundar o debate nos centros de saúde sobre o conteúdo dos registos das sessões de supervisão, no sentido dos envolvidos clarificarem em que devem consistir.

No que respeita à confidencialidade e segurança dos registos de supervisão, as regras inerentes às sessões e respetiva confidencialidade devem ser acordadas pelo grupo, de preferência, como parte do contrato de supervisão. Neste sentido, todas as discussões no

âmbito das sessões da supervisão devem ser confidenciais e não divulgadas sem permissão prévia dos envolvidos no processo.

FILOSOFIA E A CULTURA DA SCE PROPOSTA

No que diz respeito à cultura de SCE proposta, concluímos que os enfermeiros pretendem que o programa de SCE produza mudanças neste âmbito. Neste sentido, foi entendimento dos participantes que o envolvimento permanente de todos os enfermeiros dos CS envolvidos no estudo, é crucial e imprescindível, sendo determinante para o seu comprometimento no processo de mudança.

Contudo, apurámos que os enfermeiros pretendiam que a mudança fosse implementada de forma progressiva. Ou seja, o ritmo de implementação da SCE deve ser contínuo, mas gradual, e com o permanente envolvimento por parte da organização. Neste sentido, sugerimos que o modelo de implementação de Lynch e colaboradores (2008), pode ser útil neste processo, pois envolve seis etapas que se vão desenvolvendo de forma gradual:

1. decisão pela implementação da SCE;
2. avaliação da cultura;
3. obtenção do suporte organizacional;
4. desenvolvimento do plano estratégico;
5. operacionalização do plano;
6. reflexão e avaliação.

Apurámos que é essencial o aperfeiçoamento e difusão de uma cultura efetiva de SCE nos Centros de Saúde em estudo. A cultura da SCE proposta deve assentar em pressupostos construtivos e com comparência de *feedback* positivo, os quais devem tomar o lugar do perfil "punitivo e recriminatório", com predomínio de *feedback* negativo, que caraterizava a supervisão em uso.

Para que se atinja este desiderato, foi entendimento dos enfermeiros que o supervisor clínico adote diferentes estilos de supervisão, em função das situações supervisivas, entre os quais o não-diretivo, colaborativo e diretivo. No entanto, concluímos que os enfermeiros preferiam a prevalência do estilo colaborativo. Este estilo de supervisão é congruente com os pressupostos da SCE, ora não fosse esta um processo de suporte e acompanhamento profissional.

Concluímos, também, que os enfermeiros apontaram a possibilidade de se depararem com algumas resistências à implementação da SCE nas organizações em estudo. Os custos, a falta de recursos, a prévia falta de cultura e filosofia de SCE, o pouco conhecimento que

ainda prevalecia sobre a SCE, as representações e a associação/evocação de alguma forma de vigilância e policiamento organizacional, projetado para apuramento de culpas, mal-estar e desconforto, associados à SCE, tenderão a dificultar a formalização da mesma.

Porém, face aos fatores enunciados, os enfermeiros consideraram que o papel dos gestores e respetiva liderança, seriam cruciais no que respeitava à superação destes obstáculos e à motivação das equipas para a mudança.

Também a abordagem construtivista que esteve subjacente a esta investigação, logo à co-construção do programa de SCE, constitui, em si mesma, um veículo facilitador da apropriação organizacional de alguns elementos próprios da "cultura" de SCE.

Salientamos que, para que esta apropriação se efetive e se difunda nos três Centros de Saúde, em primeira instância, a SCE deve, preferencialmente, fazer parte da agenda de governação clínica dos mesmos.

Concluímos, ainda, que a SCE proposta para os CS estudados, deve assentar numa filosofia que a suporte e que encapsule a conceção e os valores sobre os quais o processo de supervisão radica.

Apurámos que os enfermeiros dos contextos em estudo, tinham uma conceção filosófica da SCE enraizada nos processos reflexivos, processos estes que vinculam estes profissionais, conscientemente, à prática, dando-lhe significado, orientando o seu pensamento e ação, produzindo transformação da realidade intrapessoal, interpessoal e contextual.

Contudo, esta essência filosófica da SCE deve ser pautada pelo enquadramento conceptual, teorias e legislação que sustentam o exercício profissional dos enfermeiros:

- o proposto pela entidade que regula a profissão, a Ordem dos Enfermeiros;
- a legislação que regula a profissão;
- os sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e das respetivas instituições de saúde;
- os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

A filosofia de SCE deve ainda articular-se com a dos serviços de enfermagem, com a filosofia da instituição, que norteia os serviços e que envolve toda a equipa de enfermagem, e com a missão e os objetivos da mesma.

A importância da filosofia de SCE assenta, também, numa declaração coletiva de convicções e valores compartilhados, que correspondem à execução das práticas, dando significado e orientando a prática quotidiana dos enfermeiros, guiando o seu pensamento

e ação, e, quando vinculada conscientemente à prática, produz transformação da realidade.

FINALIDADE E OBJETIVOS DA SCE PROPOSTA

Dos objetivos para a SCE proposta concluiu-se que estes devem consistir em:

- clarificar a finalidade e propósitos da SCE;
- identificar necessidades dos envolvidos na supervisão, quer a nível pessoal, quer a organizacional;
- assegurar a função restaurativa da SC, no domínio do apoio pessoal, motivação, satisfação e desenvolvimento pessoal do supervisado, promover a relação supervisiva e as suas relações profissionais;
- assegurar a função formativa da SC, que passa pelo ensinar e facilitar a formação profissional do supervisado, promover a construção do conhecimento e o desenvolvimento da autorreflexão, observar as práticas do supervisado e refletir com este acerca das mesmas, facultar apoio profissional ao supervisado e facilitar o seu desenvolvimento profissional;
- assegurar a função normativa da SC, promovendo a qualidade das práticas do supervisado e segurança dos cuidados por ele prestados, promover a responsabilidade profissional do supervisado, promover a armonização das práticas nos centros de saúde, diligenciar para garantir as questões éticas, os padrões de qualidade e os ganhos em saúde;
- não ter cariz avaliativo, ou seja, os objetivos da SCE proposta devem passar pelo apoio, com vista ao desenvolvimento profissional, mas não pela avaliação do supervisado;
- promover imagem social da profissão.

Em síntese, identificámos uma forte conformidade dos objetivos da SCE proposta pelos enfermeiros dos CS e as funções formativa, restaurativa e normativa, dos modelos de Proctor (1986) e Nicklin (1997). Também os objetivos “clarificar a finalidade e propósitos da SCE” e “identificar necessidades dos envolvidos na supervisão”, referidos pelos participantes, estão plasmados no ciclo de SC Nicklin (1997), pelo que, reconhecemos aqui algumas similitudes entre os modelos supracitados e o programa de SCE proposto.

ESTRATÉGIAS DE SCE PROPOSTAS

Um dos objetivos que guiou esta investigação apontou para a identificação das estratégias de supervisão clínica propostas, à escala do contexto estudado. As estratégias de SCE desejadas, em rigor, podem ser entendidas como aquelas que, na realidade muito concreta onde se desenrolou esta percurso de pesquisa, são as estratégias com potencial (real) de utilização, no âmbito dos CSP.

As estratégias de SCE identificadas foram: a auto supervisão, apoio, observação das práticas, demonstração, supervisão à distância por *e-mail,* análise crítico-reflexiva das práticas, sessões de supervisão individuais, sessões de supervisão em grupo, sessões de supervisão ecléticas, *feedback*, análise de documentação dos cuidados de enfermagem, análise de casos com o supervisado, análise de casos em grupo, formação contínua, supervisão à distância por telefone, supervisão à distância por *skype®,* supervisão à distância por videoconferência, e o relatório reflexivo.

De salientar que, procurámos apresentar as estratégias pela ordem dos resultados obtidos a partir questionário da "frequência desejada de utilização de estratégias de SC", salvo quando introduzimos as estratégias que emergiram dos dados qualitativos.

As estratégias de SCE que os enfermeiros desejaram que fossem mais frequentemente implementadas foram, em primeiro lugar a «auto supervisão», seguida do «apoio» e da «observação».

Da análise dos dados quantitativos, resultou que as estratégias de SCE que os enfermeiros desejavam que fossem implementadas menos frequentemente foram, em primeiro lugar o «relatório reflexivo», seguida da «supervisão à distância: s*kype*®» e «supervisão à distância: telefone».

«Relatório reflexivo» foi considerada a estratégia menos utilizada e menos desejada pelos enfermeiros (16ª). Contudo, subiu no *ranking* (13ª), relativamente à relevância que lhe foi a atribuída pelos enfermeiros.

Entre as razões que poderão justificar estes resultados apontamos: o facto de, em termos profissionais, não termos enraizado o hábito da escrita enquanto estratégia para aprofundar a reflexão sobre as práticas; o facto de ser uma estratégia que exige um tempo e um lugar adequados para introspeção e respetiva documentação; a elaboração do relatório reflexivo, frequentemente, consistir numa fonte de dificuldades e stress; e, também, o facto do relatório reflexivo ser um instrumento que ao longo dos anos veio a ser exigido no processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros, podendo os enfermeiros tê-lo associado a este processo.

Também concluímos que, apesar das particularidades estruturais dos CSP, as estratégias de supervisão à distância eram das que os enfermeiros menos desejavam ver implementadas.

Inclusivamente a «supervisão à distância: *skype*®», a «supervisão à distância: *e-mail*» e a «supervisão à distância: telefone», foram as três estratégias de SCE, entre as 16 estudadas, a que os enfermeiros atribuíram menor relevância. Ora, estes resultados deixaram muito evidente que os enfermeiros dos CSP tinham preferência por estratégias de SC de caráter presencial. Inclusivamente, aquelas a que atribuíram maior relevância foram a «formação contínua» e a «observação».

No entanto, os resultados qualitativos revelaram que a utilização das estratégias de supervisão à distância era benéfica para a supervisão em contexto dos CSP, principalmente para profissionais que desenvolviam a sua atividade profissional em locais distantes da Sede do CS, designadamente, nas Extensões de Saúde, nas visitas domiciliárias e no caso de desenvolvimento de atividades de enfermagem em contexto da comunidade, fora do CS.

O estudo também revelou a utilidade das novas tecnologias para a SCE, principalmente no que respeita ao recurso ao SAPE:

Concluímos, ainda, que houve diferenças entre a relevância atribuída pelos enfermeiros às estratégias de SCE e a frequência com que desejavam que estas fossem implementadas. A «auto supervisão» e o «apoio» foram as duas que desejavam ver mais frequentemente implementadas. A «formação contínua» e a «observação» foram as duas a que atribuíram maior relevância.

Daqui concluímos que, apesar destes profissionais pretenderem ter mais oportunidades para a reflexão intrapessoal e acesso mais frequente ao apoio profissional por parte do supervisor clínico, eles estavam visivelmente focados na qualidade do seu exercício profissional, pois atribuíram grande relevância à formação contínua, que permite desenvolver o conhecimento profissional, e à observação das práticas, por parte do supervisor clínico, o que permite detetar e reformular práticas menos corretas. Ora, estavam claramente centrados na qualidade e segurança das práticas.

FORMATOS E TIPOLOGIA DA SCE

Relativamente à tipologia de SCE que serve o ACeS, concluímos que é uma tipologia que emergiu do discurso dos participantes, e que denominámos de “eclética”, que integra um sistema misto de sessões de SCE, individuais e em grupo. Salientamos que, dos dados

quantitativos resultou que as sessões individuais são mais usadas, desejadas e relevantes dos que as de grupo. No entanto, dos dados qualitativos, ficou evidente a preferência dos enfermeiros pelas sessões em grupo.

O formato consiste no arranjo de supervisão, ou seja, a combinação do número de supervisores/número de supervisados.

Concluímos que os enfermeiros dos CS em estudo consideraram apropriado utilizarem estes dois formatos na SCE a implementar. Neste sentido, propomos a implementação de um formato de SCE que denominámos por "eclético", que permite a utilização de supervisão individual e supervisão em grupo. Porém, a SCE deve assentar, preferencialmente, no formato de grupo, pois foi o mais desejado pelos enfermeiros participantes. Contudo, eles consideraram que podem haver circunstâncias em que seja necessário a adoção de um formato individual, por exemplo, nas Extensões de Saúde, ou para discussão de aspetos privados relacionados com o supervisado.

Quanto à supervisão em grupo, os enfermeiros entenderam que ainda tinham que discutir mais aprofundadamente o número de supervisados que cada supervisor devia ter sob sua supervisão, bem como a organização desses grupos, salvaguardando que, grupos grandes, dificultam a supervisão. No entanto, propuseram a seguinte organização:

- um supervisor para dois a seis supervisados (1:2-6), a que obteve maior consenso;
- um supervisor para uma unidade funcional;
- um supervisor para um CS (no caso do CS de Ribeira de Pena, por ter menos enfermeiros).

No CS de Ribeira de Pena os enfermeiros consideraram que, como a equipa de enfermagem era constituída por oito elementos, poderia haver apenas um supervisor para o CS.

Também foi proposto que, no caso das unidades funcionais, cada uma destas tivesse apenas um supervisor clínico, o qual poderia não ser identificado dentro do CS, mas dentro do ACeS, de entre os enfermeiros duma unidade similar, pois algumas destas unidades eram constituídas apenas por um enfermeiro, por Centro de Saúde.

Quanto à SCE nas Extensões de Saúde, concluímos que esta exige supervisão presencial, o que envolve a mobilização de recursos (tempo e meios) para o supervisor se deslocar às mesmas e para que os enfermeiros que ali trabalham se desloquem às Sedes dos CS, para participarem nas sessões de SCE em grupo.

Este formato e tipologia de SCE propostos são marcadamente assentes nos pressupostos da prática reflexiva, daí que as dinâmicas de grupo se sobrepusessem às individuais, embora os participanteas não deixassem de considerar estas últimas relevantes.

Relativamente às caraterísticas das sessões de SCE, no que respeita ao *timing*, frequência, duração, local de realização, e conteúdo das sessões concluímos alguns aspetos relevantes.

Quanto ao *timing*, as sessões devem ser realizadas num horário que permita a presença de um maior número de enfermeiros nos serviços, ou seja, no final do turno da manhã ou no final da tarde. Sendo estes os momentos em que os serviços "estavam mais calmos".

Salientamos que as sessões devem ser realizadas em tempo de serviço dos enfermeiros, sob pena de se desenvolverem resistências à SCE.

No que respeita à frequência, inicialmente as sessões de SCE em grupo devem realizar-se mensalmente, mas depois, com o decurso do tempo, o próprio grupo deve ajustar esta frequência, em função das necessidades identificadas.

Quanto à frequência das sessões de SCE individual, estas devem ser realizadas em função das necessidades identificadas pelo supervisor e supervisado.

Relativamente à duração das sessões, houve um grande consenso em torno da duração de 1 hora, que também é consensual na evidência disponível. No entanto concluímos que esta duração também deve ser ajustada em função do número de supervisados, das suas caraterísticas, e da própria agenda da sessão.

Relativamente ao local de realização das sessões de SCE, concluímos que as de grupo devem ser realizadas, preferencialmente, nas Sedes dos CS, onde se deslocarão os Enfermeiros que trabalham nas Extensões de Saúde. As sessões de SCE individuais deverão ser realizadas, preferencialmente, no local de trabalho de cada Enfermeiro.

AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA SCE

Os enfermeiros dos contextos em estudo identificaram a necessidade de sujeitar o programa de SCE para o ACeS a uma monitorização contínua. Consideram crucial a avaliação do processo. Porém, entendem que a avaliação dos resultados é essencial para aferir dos resultados obtidos na assistência aos clientes, mas também dos obtidos nos enfermeiros supervisados, quer ao nível do seu desempenho, quer da sua satisfação.

No que se refere à avaliação do processo de SCE proposto, emergiu como adequado, proceder a uma "monitorização anual" das práticas supervisivas. A avaliação deverá ser

realizada através da utilização de instrumentos próprios criados para o efeito. Referimo-nos aos instrumentos criados no contexto desta investigação:

- "Questionário de avaliação da relevância das estratégias de supervisão clínica em enfermagem (QARESCE)" (Anexo 4);
- "Questionário de avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em enfermagem (QAFESCE)" (Anexo 2);
- "Questionário de avaliação da relevância dos indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem (QARIESCE)" (Anexo 3).

Um aspeto absolutamente relevante, daquilo que resultou deste percurso de investigação, é a ligação da supervisão com a promoção de ganhos em saúde para os clientes dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, foi evidente o consenso gerado em torno da necessidade de, regularmente, tomar como referencial um painel de indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Pereira, 2007), enquanto aspeto decisivo da avaliação da SCE. A SCE é, em última instância, caminho para a promoção da qualidade assistencial.

À escala do contexto estudado, e num dado momento do nosso percurso, foi identificado um conjunto de indicadores considerados "críticos" para a monitorização do impacte da SCE na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estes indicadores traduzem a opção tomada pelos participantes num dado momento, ficando evidente que, anualmente, este painel de indicadores, critico de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados em enfermagem, poderia/deveria ser revisitado, por forma a incorporar aquelas que forem sendo as legitimas opções estratégicas de cada um dos serviços/CS.

Os indicadores emergiram do estudo Vieira (2014), desenvolvido no âmbito da presente investigação, realizado com os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados [ECCI] dos CS em estudo.

1. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene.
2. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento.
3. Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico.
4. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se.

5. Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado.
6. Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento.
7. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência.
8. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação.
9. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário.
10. Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene.

A nossa opção por propor indicadores nesta área específica da prestação de cuidados, deve-se à relevância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros destes CS com os prestadores de cuidados, em contexto das UCC/ECCI.

Estes indicadores apontam também, para a SCE que os enfermeiros queriam neste contexto, neste momento. Uma supervisão que contribuísse para melhorar a qualidade assistencial, no que respeita à preparação dos familiares cuidadores.

Estes indicadores podem ser computados de acordo com os princípios de Pereira (2007) e a OE (2007), o que é facilitado pelos recursos disponíveis no contexto, na medida em que o ACeS tem sistemas de informação em enfermagem que podem garantir os dados necessários para tais indicadores.

No processo de monitorização da SCE proposta, foi ficando evidente a necessidade de incluir na avaliação um “olhar” sobre os aspetos da “estrutura” de suporte à SCE. Aqui, o conceito de estrutura reporta-se aos aspetos “mais estáveis”, como a estrutura física, a disponibilidade de equipamentos, a capacitação dos profissionais, passando pela organização dos serviços, ou seja, os atributos do contexto: recursos humanos e materiais, e estrutura organizacional.

A implementação da SCE é muito sensível a estes fatores de natureza estrutural, os quais podem ser impeditivos ou potenciadores da mesma, o que exige uma atenção especial na avaliação da situação e intervenção em conformidade. Esta fase inicial da organização e implementação da SC é a mais afetada por este tipo de fatores, na medida em que eles informam a experiência de SC, inclusivamente, antes de ela começar.

No decurso processo de investigação identificaram-se elementos estruturais nos três CS, muito propícios à implementação e desenvolvimento da SCE. Por parte dos enfermeiros

gestores e das políticas de governação, salientam-se a abertura a novos projetos, à investigação e inovação, o interesse, a motivação pessoal e a capacidade de liderança e motivação das respetivas equipas de enfermagem. Por parte dos enfermeiros, no geral, salientam-se a manifesta abertura, o interesse, a motivação, as suas características enquanto profissionais reflexivos, a proatividade, o investimento no desenvolvimento profissional e aprendizagem.

Quanto à operacionalização do processo de SCE, concluímos que os enfermeiros reconheceram que esta envolve processos operativos, não devendo ser feita *ad hoc*.

Também apurámos que os enfermeiros identificaram diferenças entre a SCE desenvolvida em contexto dos CSP e a desenvolvida em contexto hospitalar. Consideraram que estas diferenças estavam inerentes a fatores relacionados com a organização do trabalho, o tipo de cuidados prestados e as caraterísticas dos espaços de prestação dos mesmos, e ao próprio acesso a acompanhamento das práticas, fatores estes que influenciam a SCE a desenvolver nos respetivos contextos, e que se agudizam nas Extensões de Saúde.

Efetivamente, em CSP as estruturas físicas das organizações são diferentes do contexto hospitalar, pois, respondendo às particularidades da prestação de cuidados, o atendimento dos clientes sob responsabilidade dos enfermeiros é, frequentemente, feito em gabinetes individualizados, ou, no caso dos enfermeiros da UCC e das ECCI, em contexto domiciliário e comunitário. Isto implica, principalmente nestes últimos dois casos, que os enfermeiros trabalhem de forma muito individualizada, e, por vezes, isolada, em zonas rurais e remotas, de difícil acesso, e sem a presença de outros elementos da equipa de enfermagem que os possam apoiar na prestação de cuidados.

Inclusivamente, nos CS de Vila Pouca de Aguiar e Ribeira de Pena existiam Extensões de Saúde, distantes da Sede, em zonas mais remotas, onde trabalham equipas muito pequenas, por vezes apenas um enfermeiro, onde, inclusivamente os gestores, previam dificuldades no acesso à SCE. No entanto, desejavam que, nestes contextos, a SCE fosse sistemática.

No caso da Extensão de Saúde de Pedras Salgadas, os enfermeiros sugeriram fazer as sessões de SCE na Sede do CS, Vila Pouca de Aguiar, o que lhes proporcionava maior contacto com a restante equipa de enfermagem.

Na Extensão de Saúde de Cerva, Ribeira de Pena, os enfermeiros gestores sugeriram que a SCE continuasse a ser efetuada por via dos sistemas de documentação em enfermagem, no entanto, pretendiam que a SCE presencial pudesse vir a ser mais regular, e que

algumas das sessões de SCE fossem feitas na Sede do CS, para proporcionar mais partilha com a restante equipa de enfermagem.

Os enfermeiros consideraram, também, que as particularidades estruturais das Extensões de Saúde poderiam constituir-se como dificuldades acrescidas na formalização da SCE nestes contextos. Neste sentido, consideraram necessário providenciar meios e tempo, para os enfermeiros que exerciam nestes contextos, se deslocarem às Sede dos CS, e para os supervisores se deslocarem às Extensões de Saúde, sempre que necessário. Nesta conjuntura, também a seleção do supervisor para estes contextos, devia ser objeto de particular atenção, principalmente no que respeita à sua disponibilidade para se deslocar entre as instituições, bem como às estratégias e recursos (materiais e tempo) que dispõe para o exercício da supervisão.

Concluímos que estas questões estruturais exigem estratégias de SCE próprias, na medida em que os profissionais de saúde que trabalham em zonas rurais e remotas enfrentam barreiras no decurso da sua atividade, incluindo o isolamento profissional e acesso à supervisão e suporte presencial, tendo-se identificado que as estratégias de supervisão à distância, particularmente por telefone, por *e-mail* e por *skype®,* sejam mais frequentemente implementadas, ajudando a ultrapassar estas dificuldades.

Em termos da estrutura física, nos três CS existiam espaços disponíveis, com qualidade ambiente, que eram muito propícios para o desenvolvimento da SCE, inclusivamente para as sessões de SC, para reuniões, ou até acondicionar documentação inerente à mesma.

Além dos fatores físicos, foram identificados outros fatores estruturais propícios à implementação da SCE, a nível da organização do trabalho, do provimento de recursos estruturais, humanos e materiais, a participação em programas de investigação, a formação e qualificação dos profissionais, a avaliação estrutural deve ser objeto de análise mais aprofundada, com vista à implementação do programa de SCE.

Em síntese, a SCE deve ser sujeita a um processo contínuo de monitorização, inclusivamente pelo supervisor e supervisado, que devem comunicar os resultados ao responsável pelo programa, propondo-se, com base no sugerido pelo Royal Cornwall NHS Trust (2013), alguns do itens a monitorizar (quadro 41).

Quadro 40 - Monitorização da SCE

Frequência da monitorização	A SC deve ser monitorizada trimestralmente
Diretrizes	O departamento de formação e desenvolvimento deve reunir relatórios detalhados da SCE efetuada, utilizando informações fornecidas trimestralmente pelos supervisors
Ferramentas	Deve ser usado o formulário de notificação incluído na política, para colher dados para fins de monitorização
Frequência	Deve ser realizado um relatório trimestral sobre as atividades de SCE
Procedimentos de informação	O relatório deve ser partilhado com o grupo governança clínica da organização e com os outros elementos e enfermeiros responsáveis da SCE, inclusivamente o do departamento de formação
Ação sobre recomendações e não conformidades	Todos os gestores, supervisores e responsáveis do departamento de formação devem trabalhar em conjunto para garantir que são implementadas as recomendações/ações em tempo útil
Mudança de práticas e aspetos a serem partilhados	Quaisquer alterações para a prática devem ser partilhados em reuniões com os responsáveis e envolvidos na SCE, onde também pode ser utilizada a comunicação por *e-mail*

O programas de SCE precisa de tempo para se desenvolver e estabilizar após a sua implementação inicial, pelo que a avaliação não deve ser efetuada até que esteja firmemente estabelecido.

A auditoria e revisão das políticas de SC a implementar nos CS em estudo, não devem ser inferiores a um ano. Sugere-se, com base em evidência disponível, que após a sua estabilização, as revisões das políticas sejam realizadas de três em três anos, ou de acordo com quaisquer alterações exigidas pelos organismos responsáveis (NHS, 2010a; NHS, 2010d; NHS, 2014).

Sugerimos, ainda, com base em evidências, que seria uma boa prática a avaliação da SCE ser efetuada por consultores externos, que, sendo independentes, visitassem, observassem e monitorizassem o processo e qualidade da SCE, com regularidade (Department of Psychology HKU, 2011).

A primeira avaliação deverá funcionar, como a medida “de base”. Esta avaliação pode ser feita no final do período previsto no protocolo original, que sugerimos ser após 12 meses de desenvolvimento da SCE, ou quando se perceba que devem ser efetuadas alterações ao protocolo original que, por várias razões, não pode ser respeitado, permitindo a oportunidade de implementar mudanças.

A criação da carreira de supervisor clínico foi um dos aspetos que se apurou como relevante para os enfermeiros, principalmente por parte dos gestores.

Entendemos que a criação da carreia de supervisor clínico enfermagem é uma reflexão que já foi introduzida pela OE, contudo, deve ser aprofundada, eventualmente, com premissas diferentes das subjacentes à discussão inicial. Até porque, baseando-nos em Charleston e Happell (2005), acreditamos que a falta de políticas formais e consistente de SCE, neste momento, seja a primeira e maior barreira a ultrapassar.

Face ao exposto, é nosso entendimento que, atualmente, não faz sentido a carreira de supervisor clínico, visto que o exercício da supervisão já faz parte das funções dos enfermeiros, e está consagrado Regulamento do Exercício Profissional, a qual entendemos não ser dispensável. A ausência da SCE não se prende com a inexistência de carreira de supervisor clínico, mas com a falta de políticas neste âmbito.

Todavia, vimos, a necessidade da criação das condições efetivas para que a supervisão se processe de forma adequada, delineando políticas que estabeleçam o seu funcionamento e, fundamentalmente, disponibilizando recursos estruturais para que estas possam ser operacionalizadas no terreno. Salientamos, que, inclusivamente, a existência de supervisor clínico passa *"(…) pela necessária disponibilidade de pessoal e profissional do enfermeiro para o desempenho do papel de supervisor*" (OE, 2010, p. 3).

Por último, no que respeita à operacionalização da SCE nos CS em estudo, os enfermeiros referiram dúvidas acerca da evolução do processo, o que é legítimo, pois a falta de experiência e de treino dos enfermeiros em SCE é um fator determinante que concorre para a subsistência destas dúvidas.

A construção de conhecimento e desenvolvimento de competências no domínio da SCE, só se poderão concretizar a partir das reflexões efetuadas sobre experiências vivenciadas. E, como referem Winstanley & White (2003), é a partir da primeira avaliação feita à política implementada que se percebe se devem ser efetuadas alterações ao protocolo original.

Concluindo sobre este tema, como referem Lynch e Happell (2008b) a sustentabilidade da supervisão exige um envolvimento contínuo da organização, pelo que apontam que a falta de uma política clara de SCE e de liderança, no que diz respeito as orientações para a formação, para o treino, para a motivação dos profissionais, para os modelos e instrumentos de avaliação da supervisão, podem constituir barreiras para o sucesso da implementação.

Ao lançar um olhar final sobre o percurso de investigação em que estivemos envolvidos, importa equacionar aquelas que são, em traços gerais, as implicações para a prática daquilo que emergiu do realizado.

A SCE no contexto dos CSP tem algumas particularidades, que a distingue da SCE em

contexto hospitalar. As diferenças a que nos referimos estão principalmente relacionadas com:

- diferenças estruturais entre ambos os contextos, na medida em que a estrutura física dos CSP, diferentes das hospitalar, exige que o formato da SCE, a organização das sessões e, inclusivamente, a seleção do supervisor clínico, tenha que considerar estas particularidades;
- a organização do trabalho, das equipas, e a natureza da prestação de cuidados em CSP, são diferentes do contexto hospitalar, o que, também, implica diferenças na SCE.

Ora, estas diferenças levaram a que os enfermeiros considerassem que o formato que melhor servia a SCE em contexto dos CSP, fosse um formato misto, que denominámos por "eclético" com sessões de SCE preferencialmente de grupo, entre dois a seis supervisados para um supervisor. Contudo, devem ser realizadas sessões de SCE individuais, entre o supervisado e o supervisor, para tratar assuntos mais sensíveis, que ambos entendam não deverem ser expostos no grupo.

No CS de Ribeira de Pena foi proposto haver apenas um supervisor para o CS, visto a equipa de enfermagem ser constituída apenas por oito elementos.

Também foi proposto que, no caso das unidades funcionais, cada uma destas possua apenas um supervisor clínico, o qual pode não ser identificado dentro do CS, mas dentro do ACES.

A SCE nas Extensões de Saúde exige supervisão presencial e a mobilização de recursos próprios (tempo e meios).

Também as alterações demográficas a que assistimos exigem, cada vez mais, cuidados de Enfermagem no "domicilio", pelo que urge garantir a adequada SCE, para este tipo de exercício profissional.

O embora a evidência científica tenha vindo a mostrar a relevância das TIC para a SCE, na nossa investigação, os enfermeiros não as consideraram muito relevantes, atribuindo maior relevância às estratégias de natureza presencial. Este facto pode, também, estar relacionado com a falta de experiência na sua utilização, o que os impedia de perceber os seus benefícios. No entanto, sugerimos que seja realizada mais investigação neste âmbito, em regiões rurais e de interior, em que os enfermeiros trabalhem mais isoladamente.

A inclusão nas estratégias de avaliação da SCE de indicadores relativos aos ganhos em saúde dos clientes exige avanços significativos nas políticas de gestão da informação que resulta dos cuidados de enfermagem.

Relativamente às oportunidades / necessidades de investigação que se abrem, fruto deste trabalho, importa, antes de mais, que o esboço de modelo de SCE que foi desenhado nesta investigação seja "realmente" implementado e validado, no contexto do ACeS.

Importa, ainda, no concreto, validar o recurso às TIC, para efeitos da SCE à distância.

Por fim, consideramos urgente consolidar projetos de investigação que tornem evidentes os contributos da SCE para os ganhos em saúde dos clientes, numa lógica inscrita no domínio disciplinar da enfermagem.

8. BIBLIOGRAFIA

Abiddin, N. (2008). Exploring clinical supervision to facilitate the creative process of supervision. *The Journal Of International Social Research, 1*, pp. 13-33.

Abdon, J., Dodt, R., Vieira, D., Martinho, N., Carneiro, E., & Ximenes, L. (2009). Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. *Revista Rene, 10(3)*, pp. 90-96.

Abreu, W. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. Em R. Canário, *Formação e situações de trabalho* (pp. 147-16). Porto: Porto Editora.

Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais, 45(11)*, pp. 53-57.

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde.* Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra: Formasau.

Abreu, W., & Marrow, C. (2012). Clinical supervision in nursing practice: a comparative study in Portugal and the United Kingdom. *SANARE, 11*, pp. 16-24.

Administração Regional de Saúde do Norte (2011). *Relatório de Actividades 2011.* Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Administração Regional de Saúde do Norte (2016). *Perfis de Saúde Região Norte*. (Perfil Local de Saúde 2016 - ACeSalto Tâmega e Barroso de 2016). Obtido em 2017 de http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PeLS2016/PeLS2016_A1_AltoTamegaBarroso.htm

Administração Regional de Saúde do Norte (2017). *Departamento de Saúde Pública. Perfis Locais de Saúde 2016*. Obtido de https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-de-tras-os-montes-alto-tamega-e-barroso/

Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Schön e osprogramas de formação de professores. In Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão. Em I. Alarcão, *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão.* Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem.* Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (2002). *Escola reflexiva e nova racionalidade.* Porto Alegre: Artmed.

Alarcão, I., & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração: Uma relação para o desenvolvimento.* Porto: Porto Editora.

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & contexto Enfermagem, 14(3)*, pp. 373-382.

Alarcão, I., & Sá-Chaves, I. (2001). Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspetiva ecológica. Em I. Alarcão, *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e aprendizagem* (pp. 143-159). Porto: Porto Editora.

Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (1ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Allan, R., McLuckie, A., & Hoffecker, L. (2017). Effects of clinical supervision of mental health professionals on supervisee knowledge, skills, attitudes and behaviour, and client outcomes: protocol for a systematic review. *The Campbell Collaboration*, pp. 1-44.

Amendoeira, J. (1999). *Do meu doente aos doentes do serviço. Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinaridade. Dissertação apresentada a concurso para Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Santarém.* Dissertação apresentada a concurso para Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Santarém, Santarém.

American Association for Marriage & Family Therapy (2007). *AAMFT approved supervisor designation standards and responsibilities handbook.* Obtido de http://www.aamft.org/imis15/Documents/Approved_Supervisor_handbook.pdf

American Psychological Association (2009). Commission on Accreditation, November 2009. Obtido de http://apaoutside.apa.org/AccredSurvey/Public/pdfs/ProposedIR_Telesupervision.pdf

American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct.* Obtido de http://apa.org/ethics/code/index.aspx

American Psychological Association (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology.* Obtido de http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf

Araújo, R., Cartaxo, H., Almeida, S., Abrão, F., Almeida, F., & Freitas, C. (2012). Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. *Esc Anna Nery, 16(2)*, pp. 388-394.

Arnekrans, A., DuFresne, R., Neyland, L., & Rose, J. (2014). *Inclusion of Technology in Supervision: Ethical Pitfalls and Best Practices.* The University of Toledo, Ohio.

Arroteia, J. C. (2008). *Educação e desenvolvimento: fundamentos e conceitos.* Aveiro: Universidade de Aveiro, Comissão Editorial.

Arvidsson, B., Lofgren, H., & Fridlund, B. (2001). Psychiatric nurses conceptions of how a group supervision program in nursing care influences their professional competence: a four-year follow study. *Journal of Nursing Management, 9*, pp. 161-171.

Atkin, K., & Lunt, N. (1996). The role of the practice nurse in primary health care: managing and supervising the practice nurse resource. *Journal of Nursing Management, 4*, pp. 85–92.

Australian College of Mental Health Nurses (2011). *The College ACMHN Supports Mental Health Nurses seeking. Clinical Supervision Position Statement*. Obtido de http://www.acmhn.org/career-resources/clinical-supervision#backg

Babylon (2016). *Babylon 10. Tradutor Inglês para o Português*. Obtido em julho de 2016, de http://tradutor.babylon-software.com/ingles/portugues/)

Bacon, L. (2012). *Annual Report to the Nursing and Midwifery Council on the Statutory Supervision of Midwives and Midwifery Practice 2011 – 2012.* NHS, North West Local Supervising Authority, UK.

Barber, P., & Norman, I. (1987). Skills in supervision. *Nursing Times, 87 (1)*, pp. 56-7.

Barnes, P., & Goeman, B. (2007). The use of iPod technology in counselor education. Em R. e. Carlsenet, *Proceedings off society for information technology & teacher education international conference 2007* (pp. 22-27). Chesapeake, VA: Association for Assessment in Counselling.

Barribal, L., While, A., & Munch, U. (2004). An audit of clinical supervision in primary care. *British Journal of Community Nursing, 9(9)*, pp. 389-397.

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico.* Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde–Porto.

Battye, K., & McTaggart, K. (2003). Development of a model for sustainable delivery of outreach allied health services to remote north-west Queensland, Australia. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education and Policy, 3*(194). Queensland, Australia. Obtido em janeiro de 2015, de http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_194.pdf

Baxter, P. (2006). The CCARE model of clinical supervision: Bridging the theory–practice gap. *Nurse Education in Practice, 7(2)*, pp. 103–111.

Beech, C. (2013). *Clinical Supervision Policy for Nursing, Midwifery and Allied Health Professionals.* Version 2, NHS, Forth Valley NHS, Forth Valley.

Bégat, I., Berggren, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2003). Australian nurse supervisors' styles and their perceptions of ethical dilemmas within health care. *Journal of Nursing Management, 11(1)*, pp. 6-14.

Bégat, I., Severinsson, E., & Berggren, I. (1997). Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses' views of the effects. *Journal of Clinical Nursing, 6(5)*, pp. 389-394.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito.* Coimbra: Quarteto Editora.

Berg, A., Welander Hansson, U., & Hallberg, I. (1994). Nurses' creativity, tedium and burnout during one year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: Comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing, 20(4)*, pp. 742-749.

Berg, A., & Hallberg, I. (1999). Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre post test design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6(5)*, pp. 371-381.

Berg, A., & Hallberg, I. (2000). The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on a general team psychiatric ward. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 9(3)*, pp. 110-127.

Berg, A., & Welander Hansson, U. (2000). Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care. *Journal of Nursing Management, 8(6)*, pp. 357-368.

Berger, C. (2014). *Discussion of the possible recognition of triadic supervision Board of Behavioral Sciences.* Memo, Board of Behavioral Sciences, Sacramento. Obtido de http://www.bbs.ca.gov/pdf/agen_notice/2014/1014_supmtg_suppmaterial.pdf

Berggren, I., & Severinsson, E. (2000). The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making. *Nursing Ethics, 7(2)*, pp. 124-133.

Bernard, J., & Goodyear, R. (1998). *Fundamentals of clinical supervision* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bernard, J., & Goodyear, R. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision* (5th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.

Bertman, S. (1991). *Facing Death*. New York: NY Hemisphere.

Best, D. (2008). *Clinical supervision and Leadership in community health. Literature review.* Clinical Supervision and Leadership Working Party, Victorian healthcare association, Department of Human Services, Eastern.

Bishop, V. (1998). Clinical supervision: what´s going on? Results of a questionnaire. *Nursing Times, 94(18)*, pp. 50-53.

Bishop, V. (2006). Clinical Supervision: What Is It? Why Do We Need It? Em V. Bishop, *Clinical Supervision in Practice Some Questions, Answers and Guidelines for Professionals in Health and Social Care* (2nd ed., pp. 1-26). Palgrave Macmillan.~

Bishop, V. (2016). *Clinical Supervision in Practice: Some Questions, Answers and Guidelines for Professionals in Health and Social Care. Essentials of Nursing Management* (2nd ed.). Palgrave.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Potugal: Porto Editora.

Bond, M., & Holland, S. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses.* Buckingham: Open University Press.

Bond, M., & Holland, S. (2010). *Skills of Clinical Supervision for Nurses: A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors, and Managers* (2ª ed.). New York, USA: Open University Press.

Borders, D., Welfare, L., Greason, P., Paladino, D., Mobley, A., Villalba, J., & Wester, K. (2012). Individual, Triadic and Group: supervisee and supervisor perceptions of each modality. *Counselor Education & Supervision, 51(4)*, pp. 281-295.

Borges, P. (2013). *Implementação de um modelo de supervisão clinica em Enfermagem: perspetivas dos supervisores.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Botti, S. H., & Rego, S. (2008). Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica, 32*, pp. 363–373.

Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). Promoting reflection in learning: a model. Em D. Boud, R. Keogh, & D. Walker, *Reflection: turning experience into learning* (pp. 18-40). London: Kogan Page.

Bowles, N., & Young, C. (1999). An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Advanced Nursing, 30(4)*, pp. 958-964.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1991). Story as a link between nursing practice, ontology, epistemology. *The Journal of Nursing Scholarship, 23*, pp. 245-248.

Bradshaw, T., Butterworth, A., & Mairs, H. (2007). Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, pp. 4-12.

Brinko, K. (1993). The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? *Journal of Higher Education, 64(5)*, pp. 574-584.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design.* Cambridge: Mass, Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano.* (A. Devoto, Trad.) Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25(3)*, pp. 86-94.

Bryman, A. (1984). The Debate about Quantitative and Qualitative Research: A Question of Method or Epistemology? *The British Journal of Sociology, 35*, pp. 75-92.

Burns, N., & Grove, S. (2004). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5ª ed.). Philadelphie, Pennsylvania, USA: W. B. Saunders.

Burrow, S. (1995). Supervision: Clinical development or management control. *British Journal of Nursing, 4*, pp. 879-882.

Bush, T. (2005). Overcoming the barriers to effective clinical supervision. *Nursing Times, 101*, pp. 38–41.

Butterworth, T. (1997). *It Is Good To Talk: an evaluation Study in England and Scotland.* University of Manchester, School of Nursing, Midwifery and Health Visiting.

Butterworth, T. (1998). Clinical supervision as an emerging idea in nursing. Em T. Butterworth, J. Faugier, & P. Burnard, *Clinical supervision and mentorship in nursing.* Cheltenham: Stanley Tornes Publishers Ltd.

Butterworth, T., & et al. (1996). First steps towards evaluating Clinical Supervision in nursing and health visiting. 1. Theory, policy and practice development. A review. *Journal of Clinical Nursing, 5(2)*, pp. 127-32.

Butterworth, T., & Faugier, J. (1992). *Clinical supervision and Mentorship in Nursing.* London: Chapman & Hall.

Butterworth, T., & Faugier, J. (1993). *Clinical Supervision: a position paper. School of Nursing Studies.* Manchester: University of Manchester.

Butterworth, T., & Faugier, J. (2000). *Clinical supervision in nursing, Midwifery and Health Visiting.* A briefing paper, University of Manchester, Manchester.

Butterworth, T., & Woods, D. (1998). *Clinical Governance and Clinical Supervision Working Together to Ensure Safe and Accountable Practice.* University of Manchester, School of Nursing, Midwifery and Health Visiting, Manchester.

Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C., & Pajnkihar, M. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001–2007. *Nurse Education Today, 28*, pp. 264–272.

Butterworth, T., Carson, J., White, E., Jeacock, J., Clements, A., & Bishop, V. (1997). *It is Good to Talk. An Evaluation Study in England and Scotland.* Manchester: Manchester University Press.

Buus, N., & Gonge, H. (2009). Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: A systematic literature review and methodological critique. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*, pp. 250–264.

Byers, B. K. (1999). *The lived experience of registered nurses, 1930-1950: A phenomenological study.* Ed.D. doctoral dissertation research, Tech University, Texas.

Cahill, H. (1996). A qualitative analysis of student nurses' experiences of mentorship. *Journal of Advanced Nursing, 24(4)*, pp. 791–799.

Calder, D. (2005). *Clinical Supervision for Nurses, Midwives and Health Visitors who Safeguard Children. Best Practice Guidance.* National Public Health Service for Wales. Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cenedlaethol Cymru, NHS, National Public Health Service for Wales, Wales.

Calvary Health Care Sydney (2013). *Clinical Supervision. ICTN Project. Training First Focus Hosting.* Calvary Health Care Sydney, Supervision of Students- Intermediate. Pilot program, Health Workforce Australia, Calvary Health Care Sydney, Calvary.

Campbell, J. (2006). *Essentials of clinical supervision.* New Jersey: Wiley.

Campos, L., Carneiro, A., & Saturno, P. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços.* Direção Geral de Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Lisboa.

Canário, R. (1994). Centros de formação das associações de escolas: que futuro? Em A. Amiguinho, & R. Canário, *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação.* Lisboa: Educa.

Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. Em R. Canário, *Formação e situações de trabalho* (pp. 117-146). Porto: Porto Editora.

Canário, R. (2000). *Educação de adultos: um campo e uma problemática.* Lisboa: Educa.

Canário, R., & Cabrito, B. (2005). *Educação e Formação de Adultos. Mutações e Convergências.* Lisboa: Educa.

Cardoso, R. M. (2002). Reler Ortega Hoje? *Boletim INESC Porto, 23 (interno)/9 (público)*. Porto, Portugal. Obtido em dezembro de 2014, de Boletim INESC Porto: http://bipz.inescporto.pt/arquivo/09/paginas/tribuna.html

Care Quality Commission (2013). Supporting information and guidance: Supporting effective clinical supervision. Registration under the Health and Social Care Act 2008. United Kingdom. Obtido em junho de 2014, de http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130625_800734_v1_00_supporting_information-effective_clinical_supervision_for_publication.pdf

Carper, B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing.* Aspen Publishers.

Carrol, M. (2007). One More Time: What is Supervision? *Psychotherapy in Australia, 13(3)*, pp. 34-40

Carroll, M. (2010). Supervision: Critical reflection for transformational learning (Part 2). *The Clinical Supervisor, 29*, pp. 1–19.

Carroll, M., & Gilbert, M. (2005). *On Being a Supervisee: Creating learning partnerships.* London: Vukani Publishing.

Carson, J. (2007). Instruments for evaluating clinical supervision. Em V. Bishop, *Clinical Supervision in Practice.* Palgrave Macmillan.

Carvalhal, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectiva dos Actores.* Loures: Lusociência.

Carvalho, A. (2015). *A supervisão clínica no processo de integração profissional de enfermeiros.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Carvalho, F., Ventura, T., & Barroso, R. (2004). Perfil de competências do orientador de formação. *Revista Portuguesa Clinica Geral, 20*, pp. 147-52.

Carvalho, J. (2012). *Supervisão Clínica em Enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Ceitil, M. (2001). A liderança e a saúde mental. *Revista Qualidade em Saúde, 1(5)*, pp. 26-29.

Center for Substance Abuse Treatment (2009). *Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor.* Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Obtido em agosto de 2015, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64848/

Chambers, M., & Cutcliffe, J. (2001). The dynamics and processes of 'ending' in clinical supervision. *Br J Nurs, 10(21)*, pp. 1403–11.

Charleston, R., & Happell, B. (2005). Psychiatric Nurses and Undergraduate Nursing Students' Perceptions of Preceptorship in the Mental Health Setting. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research, 10(3)*, pp. 1166-1171.

Cheater, F., & Hale, C. (2001). An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice nurses. *Journal of Clinical Nursing, 10*, pp. 119-131.

Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: uma prática baseada na evidência.* Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Cinnamond, J. H., & Zimpher, N. L. (1990). Reflectivity as a function of community. Em R. T. Clift, W. R. Houston, & M. C. Pugach (eds.), *Encouraging Reflective Practice in Education. An analysis of issues and programs.* New York: Teachers College Press.

Clarke, R., Launer, J., Swanwick, T., & Deighan, M. (2006). *Teaching, Mentoring and Clinical Supervision. Royal College of General Practitioners Curriculum Statement 3.7.* London.

Cleary, M., & Freeman, A. (2005). The cultural realities of clinical supervision in an acute inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing, 26(5)*, pp. 489-505.

Clifton, E. (2002). Implementing clinical supervision. *Nursing Times, 98(9)*, pp. 36–37.

Clynes, M., & Raftery, S. (2008). Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice, 8*, pp. 405-411.

Collins, J. (2004). Education techniques for lifelong learning: principles of adult learning. *Radiographics, 24*, pp. 1483-1489.

Community Health Oxfordshire (2010). *Clinical supervision policy.* Community Health Oxfordshire, National Health Service, Oxfordshire.

Community Psychiatric Nurses Association (1985). *The Clinical Nursing Responsibilities of the Community Psychiatric Nurse.* CPNA, Bristol.

Consedine, M. (1994). *Taking the next step: The selection, development and training of nurses to provide supervision for role development in mental health nursing.* Proceedings of the 20th Annual Convention of the Australian and New Zealand College of Mental Health Nurses, Australian and New Zealand College of Mental Health Nursing, Brisbane.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2011). *CIPE Versão 2.0 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. *Dia Internacional do Enfermeiro.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cossa, R., & Almeida, M. (2012). Facilidades no ensino do processo de enfermagem na perspectiva de docentes e enfermeiros. *Revista Rene, 13(3)*, pp. 494-503.

Cottrell, S. (1999). *Some current beliefs in the NHS, and some consequences for implementing clinical supervision*. Obtido de www.clinicalsupervision.com/conference%20address.htm

Cottrell, S. (2001). *Teaching study skills and supporting learning.* Basingstoke, UK: Palgrave.

Cottrell, S. (2002). Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing, 9(6)*, pp. 667–71.

Cottrell, S., & Smith, G. (2002). *The development of Models of Nursing Supervision in the UK.* Obtido de http://www.clinicalsupervision.com-/development%of%20clinical%20supervision.htm

County Durham & Darlington Community Health (2010). *Clinical Supervision Policy.* County Durham & Darlington Community Health Services. NHS, Clinical Development Leads, County Durham.

Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse, 35(2)*, pp. 245–253.

Cross, W., Moore, A., Sampson, T., Kitch, C., & Ockerby, C. (2012). Implementing Clinical Supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care, 25(4)*, pp. 263-270.

Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso.* Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia-Social and Behavioral Science, 69*, pp. 864–873.

Cutcliffe, J. (2001). An alternative training approach in clinical supervision. Em J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor, *Fundamental Themes in Clinical Supervision.* London: Routledge Editions.

Cutcliffe, J., & Epling, M. (1997). An exploration of the use of John Heron's confronting interventions in clinical supervision: case studies from practice. *Psychiatric Care, 4*, pp. 174-180.

Cutcliffe, J., & Lowe, L. (2005). A comparasion of North American and European conceptualizations of clinical supervion. *Issues in Metal Health Nursing, 26*, pp. 475-488.

Cutcliffe, J., Epling, M., Cassedy, J., & McGregor, J. (1998). Ethical dilemmas in clinical supervision 1: need for guidelines. *British Journal of Nursing, 7(15)*, pp. 920–923.

D`Espiney, L. (1997). Formação inicial/formação contínua dos enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. Em R. Canário, *Formação e situações de trabalho* (pp. 169-188). Porto: Porto Editora.

Damásio, A. (1999). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano* (19ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa América. Forum da Ciência.

Darley, G. (2001). Demystifying supervision. *Nursing management, 7 (10)*, pp. 18-21.

Davey, B., Desousa, C., Robinson, S., & Murrels, T. (2006). The policy-practice divide. Who has clinical supervision in nursing? *Journal of Research in Nursing, 11(3)*, pp. 237-248.

Decreto-Lei n.º 207/96 (1996). Regime Jurídico da Formação Contínua de Professores. *Diário da República: 1ª Série-A, N.º 254,* 2 de Novembro, pp. 3879-3880.

Decreto-Lei n.º 38/2008 (2008). Agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República: 1.ª Série*, 22 de fevereiro, pp. 1182-1189.

Decreto-Lei n.º 247/2009 (2009). Artigo 10.º - Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal. *Diário da República: 1.ª Série, N.º 184, 22 de Setembro*, p. 6760.

Deeny, K., & Dugan, S. (2005). *Clinical supervision policy for nurses and allied health professionals (AHP's).* Clinical Supervision Policy January 2005, Wyre Forest Primary Care Trust, NHS, Department of Health.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Introduction: Entering the field of qualitative research, In N. K. Denzin; Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, California, EUA: CA: Sage.

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Giardina, M. D. (2006). Disciplining qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education, 19 (6)*, pp. 769–782.

Department of Health (1991). *Allitt Inquiry.* London: HMSO.

Department of Health (1993). *A Vision for the Future. Report of the Chief Nursing Officer. The Stationery Office, London.* London: The Stationery Office.

Department of Health (1998). *The New NHS: Modern and Dependable (Session 1997-98: Cm3807).* London: HMSO.

Department of Health (2000). *Guidelines on implementing Clinical Supervision for nurses, midwives and health visitors.* South Durham Health Care NHS Trust, Department of Health.

Department of Health (2000a). *Making a Difference: Clinical Supervision in Primary Care.* Department of Health, London.

Department of Health (2002). *Clinical supervision in prison nursing: getting started.* NHS, HM Prison Service.

Department of Health (2005). *Clinical Supervision Framework for WA Mental Health services and clinicians.* Strategy for enhancing knowledge and skills in the mental health workforce through implementation of the National Practice Standards 2004-2007, Government of Australia Western, Department of Health, Australia.

Department of Health (2005a). *Guidelines for clinical supervision.* North East London. Mental Health NHS Trust.

Department of Health (2006). *Report of the review of clinical supervision for nursing in the HPSS 2006 on behalf of the DHSSPS.* Report of the review of clinical supervision for nursing, NIPEC, Northern Ireland.

Department of Health (2013). *Clinical Supervision Policy. Clinical Supervision Version 2.0 May.* NHS, Royal Cornwall Hospitals, NHS Trust.

Department of Psychology HKU (2011). *Clinical Supervision. Standards for the Clinical Supervision of Practitioners of Psychological Therapies in North Wales, (v. 1.7)*. Obtido em agosto de 2015, de www.psychology.hku.hk: http://www.psychology.hku.hk/.../cp_supervision/ch1.htm

Dewey, J. (1910). *How We Think: A Restatement of Reflective Thinking to the Educative Process.* Boston: D. C. Heath & Co. Obtido em novembro de 2014, de http://www.gutenberg.org/files/37423/37423-h/37423-h.htm

Dewey, J. (1959). *Democracia e educação.* São Paulo: Companhia Editora Nacional.

Dias, C., & Morais, J. (2004). Interação em sala de aula: observação e análise. *Referencia, 11*, pp. 49-56.

Dias, M. F. (2005). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado.* Loures: Lusociência.

Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B., & Turner, J. (2013). Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse, 45(1)*, pp. 22–32.

Direcção Geral da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação.* Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde., Portugal, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde.* Ministério da Saúde, Departamento da Qualidade em Saúde.

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016.* Governo de Portugal, Ministério da Saúde, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020.* Governo de Portugal, Ministério da Saúde, Lisboa.

Diwan, S., Berger, C., & Ivy, C. (1996). Supervision and quality assurance in long-term case management. *Journal of Case Management, 5*, pp. 65-71.

Dixon, G. D. (2004). Clinical Supervision: A Key to Treatment Success. *Southern Coast Beacon*, pp. 1-4. Obtido de http://www.scattc.org/pdf_upload/Beacon004.pdf

Dohrenwend, A. (2002). Serving up the feedback sandwich. *Family Practice Management, 9(10)*, pp. 43-49.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3)*, pp. 166-206.

Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de Mexico, 32*, pp. 113-117.

Dooher, J., Fowler, J., Phillips, A., & Wells, A. (1998). Evaluating the benefits of clinical supervision. Em J. Fowler, *The handbook of Clinical Supervision - Your Questions Answered* (pp. 147-159). Trowbridge: Mark Allen.

Driscoll, J. (2000). APPENDIX 16: Clinical Supervision by John Driscoll. Em *Bailliere's Nurses' Dictionary* (23rd ed., pp. 558-562). London: Bailliere-Tindall (in association with the Royal College of Nursing).

Driscoll, J. (2000a). *Practicing clinical supervision: a reflective approach.* London: Balliere-Tindall.

Driscoll, J. (2000b). Clinical Supervision. Em *Bailliere's Nurses' Dictionary* (23rd ed., pp. 558-562). London: Bailliere-Tindall (in association with the Royal College of Nursing). Obtido de http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Dictionary%20Appendix%20(Driscoll%202000).pdf

Driscoll, J. (2008). *Clinical Supervision Study Guide 1, 40358.* Glasgow: ICS Ltd.

Duarri, W., & Kendrick, K. (1999). Implementing clinical supervision. *Professional Nurse, 14(12)*, pp. 849-852.

Duarte, N. (2003). Conhecimento tácito e conhecimento escolar na formação do professor (por que Donald Schön não entendeu Luria). *Educ. Soc., 24*, pp. 601-625. Obtido em novembro de 2014, de http://www.cedes.unicamp.br.

Ducat, W., & Kumar, S. (2015). A systematic review of professional supervision experiences and effects for allied health practitioners working in non-metropolitan health care settings. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 26(8)*, pp. 397-407.

Durão, J. (2000). Ser finalista de enfermagem e escolher o serviço para início de profissão: que razões? Em Mestrinho, *Formação em Enfermagem: Docentes investigam.* Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Dye, A. (1994). The supervisory relationship. *ERIC Digest*.

Ecclestone, K., & Hayes, D. (2009). *The Dangerous Rise of Therapeutic Education.* Routledge: Abingdon.

Edberg, A., Hallberg, I., Gustafson, L., Carrol, I., & Bol, N. (1996). Effects of clinical supervision on nurse patient cooperation quality. *Clinical Nursing Research, 5(2)*, pp. 127-149.

Edwards, D., Cooper, L., Burnard, P., Hanningan, B., Adams, J., Fothergill, A., & Coyle, D. (2005). Factors Influencing The Effectiveness Of Clinical Supervision. *Journal Of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, pp. 405–414.

Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., & et al. (2006). Clinical Supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. 15,. *Journal of Clinical Nursing, 15*, pp. 1007-1015.

Ellis, M., Berger, L., Hanus, A., Alaya, E., Siembor, M., & Swords, B. (2014). Inadequate and harmful clinical supervision: Revising a framework and assessing occurrence. *The Counseling Psychologist, 42*, pp. 434-472.

Ellis, M., D'luso, N., & Ladany, N. (2008). State of the art in the assessment, measurement, and evaluation of clinical supervision. Em A. K. Hess, K. D. Hess, & T. H. (Eds.), *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice* (2nd ed., pp. 473-499). New York: Wiley.

Elmcrona, M., & Winroth, MK. (1997). Clinical supervision-experience of 10 nurses of a 2-year process-oriented supervision. *Vard Nord Utveckl Forsk, 17(3)*, pp. 4-9.

Emmerton, A. (1999). *Address given at Florence Nightingale Memorial Service.* Westminster Abbey, London.

Eraut, M. (2006). Feedback. *Learning in Health and Social Care, 5(3)*, pp. 111-118.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (24 de outubro de 2011). Despacho n.º 14410/2011. *Diário da República, 2.ª série - Nº 204*, 42120-42121.

Esteves, A. J. (2003). A investigação-acção. Em A. S. Silva, & J. M. Pinto, *A metodologia das Ciências Sociais* (12 ed., pp. 251-278). Porto: Edições Afrontamento.

Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores* (4ª ed.). Porto: Porto Editora.

Facione, P. (2000). The disposition toward critical thinking: Its character measurement, and relationship to critical thinking skill. *Informal Logic, 20(1)*.

Falender, C., & Shafranske, E. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach.* Washington. Washington, DC: American Psychological Association.

Falender, C., Cornish, J., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N., Leventhal, G., & Sigmond, S. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology, 60(7)*, pp. 771-785.

Falvey, J., & Cohen, C. (2004). The buck stops here: Documenting clinical supervision. *The Clinical Supervisor, 22(2)*, pp. 63-80.

Farrington, A. (1995). Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing, 4(15)*, pp. 876 - 878.

Faugier, J. (1992). The Supervisory Relationship. Em T. Butterworth, & J. Faugier, *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing.* London: Chapman and Hall.

Faugier, J., & Butterworth, T. (1994). *Clinical Supervision: A Position Paper.* School of Nursing Studies, University of Manchester.

Ferreira, M., Pires, R., & Sardo, D. (2011). Supervisão clínica em enfemagem: a importância da formação. *Referência, III Série, Suplemento*, p. 320.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Monitor.

Fonseca, M. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem.* Coimbra: Formasau.

Formosinho, J. (1986). *Quatro modelos ideais de formação de professores: o modelo empiricista, o modelo teoricista, o modelo compartimentado e o modelo integrado. As ciências da educação e a formação de professores.* (GEP-ME, Ed.) Lisboa.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Fowler, J. (1995). Nurses perceptions of the elements of good supervision. *Nursing Times, 91*, pp. 33-37.

Fowler, J. (1996). The organisation of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 23(3)*, pp. 471-478.

Fowler, J. (2013). Clinical supervision: from staff nurse to nurse consultant Part 1: What is clinical supervision? *British Journal of Nursing, 22*, p. 786.

Fowler, J., Fenton, G., & Riley, J. (2007). Using solution-focused techniques in clinical supervision. *Nursingtimes.net, 103(22)*, pp. 30-31. Obtido de

http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschool/departments/pediatrics/subs/can/DR/Documents

França, M. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: adversidades e estratégias.* Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Francke, A., & Graaff, F. (2012). The effects of group supervision of nurses: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies, 49(9)*, pp. 1165-1179.

Freeman, C. (2006). *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses.* Birkenhead and Wallasey Primary Care Trust, National Health System UK, United Kingdom. Obtido de http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20-%20UK%202005).pdf

Frid, I., Ohlen, J., & Bergbom, I. (2000). On the use of narratives in nursing research. *Journal Advanced Nursing, 32*, pp. 695-703.

Fund, K. (2000). *Last Straw: Explaining the NHS Nursing Shortage.* King`s Fund, London.

Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Um Futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar.* Fundação Calouste Gulbenkian.

Gallon, S. (2005). Clinical Supervision - Part 1. Models of Clinical Supervision. *NFATTC Addiction Mesanger. Ideas for Treatment Improvement, 8*. (M. A. Bryan, Ed.) Obtido em outubro de 2014, de https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%202/3.1-Models_of_Clinical_Supervision.pdf

Galvão, C., Sawada, N., & Mendes, I. (2003). A busca das melhores evidências. *Revista Escola de Enfermagem USP, 37(4)*, pp. 43-50.

Garman, N. B. (1986). Reflection, the heart of clinical supervision: a modern rationale for professional practice. *Journal of Curriculum and Supervision Fall, 2*, pp. 1-24.

Garmston, R., Lipton, L., & Kaiser, K. (2002). A psicologia da supervisão A supervisão na formação de professores II. Em J. Formosinho, *A supervisão na formação de professores II. Da organização à pessoa* (pp. 17-132). Porto: Porto Editora.

Garrido, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas.* Aveiro: Universidade de Aveiro.

Gatfield, T. (2005). An Investigation into PhD Supervisory Management Styles: development of a dynamic conceptual model and its managerial implications. *Journal of Higher Education Policy and Management, 27(3)*, pp. 311-25.

Ghaye, T. (2000). Into the reflective mode: bridging the stagnant moat (editorial). *Reflective Practice, 1(1)*, pp. 5-9.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito. Teoria e Prática* (4ª ed.). Oeiras, Portugal: Celta Editora.

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods.* Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic.

Gillam, R. B., Strike-Roussos, C., & Anderson, J. (1990). Facilitating changes in supervisees' clinical behaviours: An experimental investigation of supervisory effectiveness. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 55*, pp. 729–739.

Girouard, S., & Marchewka, A. (1983). Individual clinical supervision: a strategy for professional growth. *Topics in Clinical Nursing, 5(3)*, pp. 63-70.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discoveryof Grounded Theory.* Hawthorne, NY: Aldine Publishing Company.

Glickman, C. (1985). *Supervision of instruction – a development approach.* Massachusetts: Allyn and Bacon.

Gloucestershire Primary Care Trust (2010). *Clinical Supervision Policy.* Clinical Policies, Protocols, Guidelines and Procedures, Gloucestershire Primary Care Trust, NHS.

Goldhammer, R., Anderson, R. H., & Krajewski, R. J. (1980). *Clinical Supervision-Special Methods for the Supervision of Teachers.* USA: Holt, Rinehart and Winston.

Goleman, D. (2000). *Inteligência Emocional* (9ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

Gomes, C., & Germano, R. (2007). Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes. *Revista Gaucha Enfermagem, 28(3)*, pp. 401-408.

Gonçalves, R. (2013). *Supervisão clínica de pares: práticas supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros.* Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Gonge, H., & Buus, N. (2015). Is it possible to strengthen psychiatric nursing staff's clinical supervision? RCT of a meta-supervision intervention. *Journal of Advanced Nursing, 71(4)*, pp. 909–921.

Gorzanski, C. (1997). Raising the standards through supervision. *Modern Midwife, 7*, pp. 11-14.

Government of South Australia (2014). *SA Health. Allied Health Clinical Supervision Framework March 2014.* SA Health Allied and Scientific Health Office, Adelaide.

Graf, N., & Stebnicji, M. (2002). Using e-mail for clinical supervision in practicum: a qualitative analysis. *Journal of Rehabilitation, 68(3)*, pp. 41-49.

Gray, S., & Smith, M. (2009). The influence of diversity in clinical supervision: a framework for reflective conversations and questioning. *The Clinical Supervisor, 28*, pp. 155–179.

Gray, W. (2001). Combining clinical and management supervision. *Nursing Managment, 8 (6)*, pp. 14–22.

Gribben, B., & Cochrane, C. (2006). Critical companionship: our learning journey. *Practice Development in Health Care, 5(1)*, pp. 14-19.

Grilo, C., & Grilo, P. (2011). O papel da formação contínua no desenvolvimento profissional do professor. Parte II – A metacognição e a investigação-acção. *PROFFORMA, 3*, pp. 1-3.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1988). Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies? Em D. M. Fetterman, *Qualitative approaches to evaluation in education: The silent scientific revolution* (pp. 89-115). London: Praeger.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research, Competing paradigms in qualitative research, In N. K. Denzin; Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, California, EUA: CA: Sage.

Guerra, M. (2008). *Formação profissional dos enfermeiros. Determinantes da participação dos enfermeiros em ações de formação em serviço.* Tese de Mestrado, Vila Real.

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*, pp. 201-209.

Hallberg, I., & Norberg, A. (1993). Strain among nurses and their emotional reactions during 1 year of systematic clinical supervision with the implementation of individualised care in dementia nursing. *Journal of Advanced Nursing, 18(12)*, pp. 1860-1875.

Hancox, K., Lynch, L., Happell, B., & Biondo, S. (2004). An evaluation of an educational program for clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, pp. 195–203.

Hastings, W. (2013). *Aspects of quality programs in Workplace Learning (Occasional Paper 8).* Charles Sturt University, The Education For Practice Institute, Sydney. Obtido em 2014, de http://www.csu.edu.au/__data/assets/pdf_file/0008/742481/EFPI_OP8_Quality_WPL.pdf

Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research, 77(1)*, pp. 81-112.

Hawkins, P., & Shohet, R. (1996). *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions.* Buckingham: Open University Press.

Health Education and Training Institute (s.d.). *Health Education and Training Institute*. Obtido em setembro de 2014, de http://www.heti.nsw.gov.au/: http://www.heti.nsw.gov.au/

Henderson, M. (2014). *Staff Supervision Policy.* Supervision in Adult and Community Services Policy Framework and Procedures, Suffolk County Council, Suffolk .

Henderson, P., Ferguson-Smith, A., & Johnson, M. (2005). Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. *BMC Medical Education, 5*, pp. 1-6.

Hirkäs, K., Lehti, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its application as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management, 9*, pp. 259-268.

Hoffman, M., Hill, C., Holmes, S., & Freitas, G. (2005). Supervisor perspective on the process and outcome of giving easy, difficult, or no feedback to supervisees. *Journal of Counseling Psychology, 52*, pp. 3-13.

Holloway, E. (1995). *Clinical supervision: a systems approach.* USA: Sage Publications.

Homem, F. (2012). *Supervisão de jovens educadores de pares. Desenvolvimento de uma teoria explicativa.* Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Hong, L., & Chew, L. (2008). Reflective practice from the perspectives of the bachelor of nursing students in international medical university. *Singapore Nursing Journal, 35*, pp. 5-15.

Houston, G. (1990). *Supervision and counselling.* London: The Rochester Foundation.

Howard, F., Burns, B., & Waitoki, W. (2007). Supervision in Aotearoa New Zealand in professional practice of psychology. Em I. Evans, J. Rucklidge, & M. O'Driscoll, *Aotearoa New Zealand.* Wellington: New Zealand Psychological Society.

Howatson-Jones, I. (2003). Difficulties in clinical supervision and lifelong learning. *Nursing Standard, 17(37)*, pp. 37-41.

Hull, P. (2014). Clinical supervision policy. A statement of good practice. Version: 2. *Soutern Health. NHS Fondation Trust*. (S. H. Trust, Ed.) Southampton, United Kingdom. Obtido em 2014, de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.southernhealth.nhs.uk%2FEasysiteWeb%2Fgetresource.axd%3FAssetID%3D28568%26type%3Dfull%26servicetype%3DAttachment&ei=7Co1VJ-5E-_msATa5YHQCg&usg=AFQjCNFUA

Hull, P. (2016). *Clinical supervision policy. A statement of good practice. Version: 3.* Clinical Supervision Policy, Southern Health, NHS Foundation Trust.

Hyrkäs, K. (2002). *Clinical supervision and quality care. Examining the effects of team supervision in multi-professional teams.* Academic dissertation, University of Tampere, Faculty of Medicine, Tampere.

Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing, 25*, pp. 531-556.

Hyrkäs, K. (2006). Editorial. Clinical supervision: how do we utilize and cultivate the knowledge that we have gained so far? What do we want to pursue in the future? *Journal of Nursing Management, 14*, pp. 573–576.

Hyrkäs, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing, 33*, pp. 492-502.

Hyrkäs, K., & Shoemaker, M. (2007). Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. *Journal of Advanced Nursing, 60(5)*, pp. 513-524.

Hyrkäs, K., Appelquist-Schmidlechner, K., & Kivimäki, K. (2005). First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? *Journal of Nursing Management, 13*, pp. 209-220.

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Expert supervisors' views of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multiprofessional team supervision. *Journal of Advanced Nursing, 38 (4)*, pp. 387-397.

Hyrkäs, K., Koivula, M., Lehti, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (1999). Clinical supervision in nursing in the 1990s - current state of concepts, theory and research. *Journal of Nursing Management, 7(3)*, pp. 177-187.

Hyrkäs, K., Koivula, M., Lehti, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2003). Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management, 11*, pp. 48–58.

Hyrkäs, K., Lehti, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its application as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management, 9*, pp. 259-268.

Inskipp, F., & Proctor, B. (2001). *Making the Most of Supervision. Part I.* Twickenham: Cascade Publications.

Instituto da Qualidade em Saúde (2002). Programa Nacional de Acreditação de Hospitais. *Qualidade em saúde: IQS, 6*, pp. 14-16.

Instituto Politécnico de Beja (2015). *IPBeja*. Obtido em janeiro de 2017, de https://www.ipbeja.pt/servicos/sti/Paginas/videoconferencia.aspx

International Council of Nurses (2014). *Enfermeiros: uma força para mudar - Um recurso vital para a saúde.* Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

James Cook University (2011). You as an Educator. Workplace Educator Program June 2011. (J. C. University, Ed.) Australia. Obtido em dezembro de 2014, de http://www.jcu.edu.au/wiledpack/public/groups/everyone/documents/mou/jcu_090541.pdf

Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today, 12*, pp. 174-181.

Jerome, P. (1995). *Coaching Through Effective Feedback: A Practical Guide to Successful Communication.* London: Kogan Page.

Johns, C. (1995). The value of reflective practice for nursing. *Journal of Clinical Nursing, 4*, pp. 23-30.

Johns, C. (2001). *Becoming a reflective practitioner.* London: Blackwell Science.

Johns, C. (2003). Clinical supervision as a model for clinical leadership. *Journal of Nursing Management, 11*, pp. 25–34.

Johns, C., & Freshwater, D. (1998). *Transforming nursing through reflective practice.* London: Blackwell Science.

Jones, A. (1997). Clinical supervision in moderating organisational conflict and preserving effective working relationships. *International Journal of Palliative Nursing, 3(5)*, pp. 293-99.

Jones, A. (1998). Clinical supervision with community Macmillan nurses: some theoretical suppositions and case work reports. *European Journal of Cancer Care, 7*, pp. 63–69.

Jones, A. (1999). Clinical supervision for clinical practice. Nursing Standard. *Nursing Standard, 14 (10)*, pp. 42-44.

Jones, A. (2003). Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care, 12*, pp. 224-232.

Jones, M., & Bennett, I. (1998). Clinical supervision: mental health nurses. *Mental Health Practice, 2(4)*, pp. 18-22.

Kalisch, P., & Kalisch, B. (1980). Perspectives on Improving Nursing`s Public Image. *Nursing Health Care, 3(3)*, pp. 146-153.

Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. (2001). Clinical supervision: Personal and professional development or the nursing novelty of the 1990's. Em J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor, *Fundamental themes in clinical supervision.* London & New York: Routledge.

Kemp, N., & Richardson, E. (1995). *A garantia da qualidade no exercício de enfermagem.* Lisboa: Artes Gráficas.

Kerfoot, K. (2010). Listening to see: The key to virtual leadership. *Nursing Economics, 28(2),* pp. 114-118.

Kieseker, P. (2013). *Clinical supervision.* ICTN Project Training Supervision of Students-Intermediate. Pilot program, Calvary Health Care Sydney, Sydney.

Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide Nº 27: effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher, 29(1)*, pp. 2-19.

Kilminster, S., & Jolly, B. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Medical Education. *Medical Education, 34(10)*, pp. 827-40.

Kim, H. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing* (13ª ed.). New York: Spring Publishing Company.

Kleiser, H., & Cox, D. (2008). The Integration of Clinical and Managerial Supervision: a Critical Literature Review. *British Journal of Occupational Therapy, 71(1)*, pp. 2-12.

Kohner, N. (1994). Clinical supervision an executive summary. *Nursing Development Units*, pp. 1-4.

Koivu, A., Hyrkäs, K., & Saarinen, P. (2011). Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management, 19*, pp. 69-79.

Koivu, A., Saarinen, P., & Hyrkäs, K. (2011). Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision. *Journal of Nursing Management, 19(5)*, pp. 644-654.

Koivu, A., Saarinen, P., & Hyrkäs, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing, 21*, pp. 2567–2578.

Kolb, D. (1994). *Experiential learning – experience as the source of learning and development.* New Jersey: Prentice-Hall.

Kron, T. (1983). *Liderazgo y administracion en enfermeria* (5ª ed.). México: Nueva Editorial Interamericana.

Kuhn, T. S. (2009). *A Estrutura das Revoluções Científicas.* (C. Marques, Trad.) Lisboa, Portugal: Guerra & Paz.

Kurcgant, P. (2005). *Gerenciamento em enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Laitinen-Väänänen, S., Talvitie, U., & Luukka, M. (2007). Clinical supervision as an interaction between the clinical educator and the student. *Physiotherapy theory and practice, 23(2)*, pp. 95-103.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. d. (2001). *Fundamentos de metodologia científica* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.

Lamas, B. (2012). *Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Lantz, I., & Severinsson, E. (2001). The influence of focus group oriented supervision on intensive care nurses' reflections on family members needs. *Intensive and Critical Care Nursing, 17(3)*, pp. 128-137.

Larrosa, J. (2000). Tecnologias do eu e Educação. Em T. Silva, *O sujeito da educação: estudos foucaultianos* (4ª ed., pp. 35-86). Petrópolis: Vozes.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas.* (H. Monteiro, & F. Settineri, Trads.) Porto Alegre: UFMG .

Leddick, G. (1994). Models of Clinical Supervision. ERIC Digest. ERIC Clearinghouse on Counseling and Student Services Greensboro NC. Obtido em 2015, de http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED372340.pdf

Lee, S., & Mackenzie, L. (2003). Starting out in rural New South Wales: The experiences of new graduate Occupational Therapists. *The Australian Journal of Rural Health, 11(1)*, pp. 36-43.

Leininger, M. (2007). Critérios de Avaliação e de Crítica de Estudos Qualitativos. Em J. Morse, *Metodologia de Investigação Qualitativa* (A. Espada, Trad., Portuguesa ed., pp. 102-121). Coimbra, Portugal: FORMASAU- Formação e Saúde, Lda.

Lennox, S., Skinner, J., & Foureur, M. (2008). Mentorship, preceptorship, and clinical supervision: three key processes for supporting midwives. *New Zealand College of Midwives Journal, 3*, pp. 7-12.

Leprohon, J. (2001). A qualidade dos cuidados de enfermagem. Em O. E. Portugueses (Ed.), *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor Enfermagem, Melhor Saúde.* Lisboa.

Lessard-Hérbert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas.* Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

Lindahl, B., & Norberg, A. (2002). Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. *Journal of Clinical Nursing, 11*, pp. 809-818.

Lister, P., & Crisp, B. (2005). Clinical Supervision in Child Protection for Community Nurses. *Child Abuse Review, 14: 57–72*. Published online in Wiley InterScience.

Long, C., Harding, S., Payne, K., & Collins, L. (2014). Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: implications for service development. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 21*, pp. 154–162.

Lonn, M. (2014). In Search of Best Practice: A Review of Triadic Supervision Literature. Article 73. *VISTAS Online*. (A. C. Association, Compilador) Obtido em 2015, de http://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/article_73.pdf?sfvrsn=7

Lopes, M. (2001). *Recomposição profissional da Enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar.* Coimbra: Quarteto.

Luckman, T., & Berger, P. (1999). *A Construção Social da Realidade – Um livro sobre a Sociologia do Conhecimento.* Lisboa: Dinalivro.

Lunney, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de casos e análises.* Porto Alegre: Artmed.

Lyman, S. (2010). *Triadic supervision in CACREP accredited counselor education programs: Current practices and rationale. ProQuest LLC*, Ph.D. Dissertation, Texas A&M University - Commerce.

Lynch, L., & Happel, B. (2008a). Implementing clinical supervision: Part 1: Laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*, pp. 57–64.

Lynch, L., & Happell, B. (2008b). Implementation of clinical supervision in action. Part 2: Implementation and beyond. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*, pp. 65-72.

Lynch, L., & Happell, B. (2008c). Implementation of clinical supervision in action. Part 3: The development of a model. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*, pp. 3-82.

Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses.* USA: Wiley-Blackwell.

Lyth, G. (2000). Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 31*, pp. 722-729.

Macedo, A. (2014). A supervisão clínica e o desenvolvimento organizacional. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências* (pp. 7-15). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

MacLaren, J., Stenhouse, R., & Ritchie, D. (2016). Mental health nurses' experiences of managing work-related emotions through supervision. *Journal of Advanced Nursing, 72(10)*, pp. 2423–2434.

Magnusson, A., Lützén, K., & Severinsson, E. (2002). The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management, 10*, pp. 37-45.

Marcos, L. (2013). *O Enquadramento do programa Novas Oportunidades face à escola pública atual – um estudo com professores a exercer em Agrupamentos de Escolas do Distrito de Bragança.* Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação, Bragança.

Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., & Nielsen, G. (2001). *Building Standard-Based Nursing Information Systems.* Washington: Pan American Health Organization.

Marquis, B., & Houston, C. (2000). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing. Theory and Application, 3rd edn.* Philadelphia: Lippincott, Willams & Wilkins.

Marrow, C. E., Hollyoake, K., Hamer, D., & Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account. *Journal of Nursing Management, 10*, pp. 275–282.

Martin, F., & Cannon, W. (2010). The necessity of a philosophy of clinical supervision. *VISTAS onLine - American Counseling Association*. EUA. Obtido de http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_45

Martin, P., Kumar, S., & Abernathy, L. (2013). Making the most of what you have: challenges and opportunities from funding restrictions on health practitioners' professional development. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 11(4)*. Obtido em fevereiro de 2016, de http://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol11/iss4/3/

Martin, P., Kumar, S., Lizarondo, L., & VanErp, A. (2015). *Enablers of and barriers to high quality clinical supervision among occupational therapists across Queensland in Australia: findings from a qualitative study.* doi:10.1186/s12913-015-1085-8

Martin, P., Kumar, S., & Lizarondo, L. (2017). When I say…clinical supervision. *Medical Education*, pp. 890-891.

Martins, M., & Dias, M. (2010). Representação Socioprofissional dos Enfermeiros – Percepção dos Utentes. *Millenium*, pp. 253-269.

McAlpine, L., & Turner, G. (2014). *Supervisory styles*. (University of Oxford) Obtido em 2015, de https://www.learning.ox.ac.uk/supervision/supervisor/styles/#d.en.50966

McCallion, H., & Baxter, T. (1995). Clinical supervision. *Nursing Management, 1*, pp. 20-21.

McColgan, K., & Rice, C. (2012). Clinical supervision: the development of an online resource for supervisee training. *Nursing Standard, 26(24)*, pp. 35-39.

McCormack , B., & Slater, P. (2006). An evaluation of the role of the clinical education facilitator. *Journal of Clinical Nursing, 15*, pp. 135-144.

McGrath, D., & Higgins, A. (2006). Implementing and evaluating reflective practice group sessions. *Nurse Education in Practice, 6*, pp. 175-181.

McKenna, B., Thom, K., Howard, F., & Williams, V. (2008). *Professional Supervision for Mental Healthand Addiction Nurses: A review of current approaches to professional supervision internationally and in the New Zealand mental health and addiction sector.* Te Pou o Te Whakaaro Nui, the National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development, Auckland.

McNeill, K., McCoy, A., Parry, C., Cohran, J., & Curtis, J. (1998). The clinical experience of novice students in nursing. *Nurse Educator, 23(4)*, pp. 16–21.

McNicoll, A. (2008). The Power of Peer Supervision – No-one Knows as Much as All of Us. New Zealand: New Zealand Mentoring Centre. Obtido em junho de 2015, de http://www.coachingmentoring.co.nz/files/NZMC-power-of-peer-supervision-paper-2008.pdf

Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer.

Menachery, E., Knight, A., Kolodner, K., & Wright, S. (2006). Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. *Journal of General Internal Medicine, 21(5)*, pp. 440-446.

Mendes, A. (2016). *Filosofia De Enfermagem*. Curso Graduação Em Enfermagem Unipac. Curso de Administração. Uberlândia.

Mental Health Branch (2005). *Clinical Supervision Guidelines Document nº PMC05111.* Victorian Government Department of Human Services, Victoria. Obtido de www.health.vic.gov.au/mentalhealth/pmc

Mesquita, C. (2012). *O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de austeridade: o caso particular dos Hospitais E.P.E.* Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. Porto.

Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básico.* São Paulo: Manole.

Microsoft (2015). *Skype Communications S.A.R.L.* Obtido em janeiro de 2015 de Skype© e/ou Microsoft: http://www.skype.com/pt/about/

National Council for the Professional Development of Nursing & Midwifery (2008). *Clinical supervision A Structured Approach to Best Practice.* NCNM, Dublin.

Mills, E., Francis, L., & Bonner, A. (2005). Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. *Rural & Remote Health, 5 (3)*, pp. 1-10.

Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, pp. 437–447.

Milne, D., & Oliver, V. (2000). Flexible formats of clinical supervision: Description, evaluation and mplementation. *Journal of Mental Health, 9(3)*, pp. 291-304.

Ministério dos Negócios Estrangeiros (2016). *Comissão Nacional da UNESCO*. (R. Portuguesa, Produtor) Obtido em abril de 2016, de https://www.unescoportugal.mne.pt/pt/a-unesco/sobre-a-unesco

Moores, Y. (1994). *CNO letter. 94, 5.* Department of Health, London.

Moreira, F., & Alfredo, M. (2011). Supervisão e avaliação do desempenho docente: Para uma abordagem de orientação transformadora. *Ministério da Educação – Conselho científico para a avaliação de professores*.

Morse, J. (1998). Designing funded qualitative research. Em N. Denzin, & Y. S. Lincoln, *Strategies of qualitative research* (pp. 56-85). London: Sage.

Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research, 40 (1)*, pp. 120-132.

Morse, J. M. (2007). *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa.* Coimbra, Portugal: Formasau.

Moseley, L., & Davies, M. (2008). What do mentors find difficult? Journal of Clinical Nursing. *Journal of Clinical Nursing, 17(14)*, pp. 1834-1842.

Moura, E., & Mesquita, L. (2010). Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduados e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 63(5)*, pp. 793-878.

Monti, E., & Tingen, M. (1999). Multiple paradigms of nursing science. Advances in nursing science, pp. 64-80.

Munson, C. (2002). *Handbook of clinical social work supervision* (3ª ed.). Binghamton: Binghamton: the Haworth Press. Obtido em janeiro de 2015, de https://books.google.pt/books?id=xgOqUBeE8joC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Carlton+E.+Munson%22&hl=pt-PT&sa=X&ei=ticxVYbdLoaksgHU4YP4DA&ved=0CDUQ6AEwAw#v=onepage&q&f=false

Murphy, L. (1996). Stress Management in work settings: a critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion, 11(2)*, pp. 112-135.

Myall, M., Jones, T., & Lathlean, J. (2008). Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing. *Journal of Clinical Nursing, 17*, pp. 1834-1842.

National Health Service (2005). *Integrated Supervision Policy. Haringey Community Mental Health Teams.* Haringey Council, Mental Health NHS Trust.

National Health Service (2006). *Clinical supervision policy-GP00. National Health Service, Leicestershire County and Rutland Primary Care Trust*, Leicestershire. NHS.

National Health Service (2006b). *Clinical Supervision. A Strategic Framework for Nurses, Midwives and Community Specialist Public Health Nurses.* Bro Morgannwg NHS Trust, Nursing Directorate, Bro Morgannwg.

National Health System (2009). Clinical Supervision Guideline for Nursing & Allied Health Professionals. No 179. (Ayrshire and Arran, NHS, Ed.) Ayrshire, United Kingdom. Obtido em junho de 2014, de http://www.clinical-supervision.org.uk/pdf/cs_guideline.pdf

National Health Service (2009a). *Clinical supervision policy.* National Health Service, Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust, Leicestershire.

National Health Service (2010). *Clinical supervision policy.* Community Health Oxfordshire, National Health Service Oxfordshire, Oxfordshire.

National Health Service (2010a). Clinical Development Leads CL.024. Clinical Supervision Policy County Durham & Darlington Community Health Services (CDDCHS) Department of Health.

National Health Service (2010b). *Professional/clinical supervision handbook for allied health professionals.* National Health Service Lanarkshire, Lanarkshire.

National Health Service (2011). *Clinical supervision for health professional.* Surrey Community Health, NHS Surrey, Surrey.

National Health Service. (2011a). Clinical Supervision Guidelines For Nursing and Allied Health Professionals (AHP'S). Clinical policy folder ref no: 56. (Gloucestershire, NHS South, Ed.) South Gloucestershire, United Kingdom. Obtido em junho de 2014.

National Health Service (2011b). *Clinical supervision policy.* National Health Service Suffolk. Suffolk.

National Health Service (2011c). *Clinical supervision policy version 2.1.* Clinical supervision policy version 2.1., Plymouth.

National Health Service (2014). *Policy: C16. Clinical supervision for nurses.* West London Mental Health NHS Trust.

National Health Service (2016). *Clinical Supervision Policy.* Leicestershire Partnership NHS Trust, Leicestershire.

Nicklin, P. (1995). Super supervision. *Nursing Management, 2(5)*, pp. 24-25.

Nicklin, P. (1997). A practice-centredd model of clinical supervision. *Nursing Times, 93(46)*, pp. 46-52.

Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem.* Loures: Lusociência.

Nordgren, J., Richardson, S., & Laurella, V. (1998). A collaborative preceptor model for clinical teaching of beginning nursing students. *Nurse Educator, 23(3)*, pp. 27–32.

North Queensland Sub-Branch (2000). *Clinical supervision in psychiatric mental health nursing NQ-ANZCMHN framework for standards and delivery of clinical supervision in psychiatric mental health nursing in North Queensland.* NQ-ANZCMHN framework for standards and delivery of clinical supervision in psychiatric mental health nursing in North Queensland, North Queensland Sub-Branch of the ANZCMHN.

Northcott, N. (2000). Clinical Supervision – Professional Development or Management. Em J. Spouse, & L. Redfern, *Successful Supervision in Health Care Practice.* Oxford: Blackwell Sciences.

Nunes, L. (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998).* Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

O'Connor, A., Hyde, A., & Treacy, M. (2003). Nurse Teachers' Constructions of Reflection and Reflective Practice. *Reflective Practice, 42*, pp. 107-119.

O'Driscoll, J., Brown, R., Buckley, A., Morgan, C., McGuire, B., Murphy, C., Silcock, S. (2006). Exploring the use of telephone group clinical supervision to support the work of practice

development nurses in the Developing Practice Network. Em T. Shaw, & K. Sanders, *Foundation of Nursing Studies Dissemination Series* (Vol. 3(6)).

O'Halloran, Martin, G., & Connolly, D. (2005). A model for developing, implementing and evaluating a strategy to improve nursing and midwifery care. *Practice Development in Health Care, 4(4)*, pp. 180-191.

Olofsson, B. (2005). Opening up: Psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *International Journal of Mental Health Nursing, 12(3)*, pp. 259–267.

Ooijen, E. (2000). *Clinical supervision: a practical approach.* London: Churchill Routledge.

Ordaz, O. (2011). O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Pensar Enfermagem, 15*, pp. 70-87.

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.*

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual: enunciados descritivo.* Conselho de Enfermagem, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Reflexões. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Obtido de http://-www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos_comp&id=10&ev=Reflexões

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição.* Conselho Directivo. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007b). Desenvolvimento profissional – Certificação de competências: fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. *Revista Ordem dos Enfermeiros, 26*, pp. 4-8.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional. *Newsletter-Estudante,* abril, *1*.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Modelo de desenvolvimento profissional - fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. *Caderno temático*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Princípios enformadores de regulamentação do modelo de desenvolvimento profissional.* Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em Fevereiro de 2010

Ordem dos Enfermeiros (2011). Acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica: estrutura de idoineidades, concepções, processos, etapas e funcionamento. *Caderno temático*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Dados estatísticos 2000-2011.* Obtido em Janeiro de 2014, de http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos_2000_2011.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). D*ados Estatisticos. EDATA em: 31-12-2016*. Membros ativos. Obtido em janeiro de 2017, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_DadosEstatisticos_00_Nacionais.p

Ortega y Gasset, J. (1940). *El libro de las misiones.* Colección Austral.

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., Padilha, J., Cruz, I., Oliveira, M., Brito, M., Silva, M., Machado, N., Sousa, P., Sousa, P., & Marques, P. (2014). *Enfermagem Porto. Por uma Enfermagem mais significativa para as pessoas. Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®*. Relatório em 7 volumes. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Palsson, M., Hallberg, I., Norberg, A., & Isovaara, S. (1994). Systematic clinical supervision and its effects for nurses handling demanding care situations: interviews with Swedish district nurses and hospital nurses in cancer care. *Cancer Nursing, 17(5)*, pp. 385-394.

Palsson, M., Hallberg, I., Norberg, A., & Bjorvell, H. (1996). Burnout empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 10(1)*, pp. 19-26.

Paton, B., & Binding, L. (2009). Keeping the center of nursing alive: a framework for preceptor discernment and accountability. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 40(3)*, pp. 115-120.

Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3 ed.). Thousand Oaks, EUA: CA: Sage.

Paunonen, M. (1991). Changes initiated by a nursing supervision programme: an analysis based on log-linear models. *Journal of Advanced Nursing, 16*, pp. 982-986.

Pereira, A. (2008). *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.* Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Pereira, F. (2009a). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.* Coimbra, Portugal: FORMASAU.

Pettifer, A., & Clouder, L. (2008). Clinical supervision: a means of promoting reprocity between practitioners and academics. *Learning in health and social care, 7(3)*, 168-177.

Philpotts, H. (2007). *Clinical Supervision Guidelines for Nurses and Allied Health Professionals.* Bristol & South Gloucestershire Primary Care Trusts (PCTs). NHS, South Gloucestershire PCT.

Ping, X. (2008). Roles and models of clinical supervision. *Singapore Nursing Journal, 35(2)*, pp. 26-32.

Pinto, D. (2013). *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem.* Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Pires, R. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Pires, R., Pereira, F., Reis Santos, M., & Rocha, I. (2016). Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences,* pp. 351-361. Obtido de http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.34

Playle, J., & Mullarkey, K. (1998). Parallel process in clinical supervision: enhancing learning and providing support. *Nurse Education Today, 18*, pp. 558–566.

Pllat-Koch, L. (1986). Clinical supervision for psychiatric nurses. *Journal Psychosocial Nursing Mental Health Services, 24(1)*, pp. 6-15.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.* Porto Alegre, Brasil: Artmed .

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Pong, R., DesMeules, M., & Lagace, C. (2009). Rural–urban disparities in health: How does Canada fare and how does Canada compare with Australia? *Australian Journal of Rural Health, 17*, pp. 58–64.

PORDATA (2017). *Pessoal ao serviço nos centros de saúde: total e por tipo de pessoal ao serviço (1999-2012)*. (F. d.-I. Saúde, Produtor). Obtido em novembro de 2017, de https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela

Porter, N. (1997). Clinical supervision: the art of being supervised. *Nursing Standard, 11*, pp. 44–45.

Porto Editora (2015). Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. *Infopédia Dicionários Porto Editora*. Porto: Porto Editora. Obtido em maio de 2015, de http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/

Potter, P. (2004). *Clinical Supervision Guidelines for Practice.* Clinical Supervision Guidelines for Practice, NHS, Department of Nursing Salisbury Health Care NHS Trust, Salisbury.

Powell, D. (1993). *Clinical supervision in alcohol and drug abuse counseling: principles, models and methods.* New York: Lexington Books.

Powell, D., & Brodsky, A. (2004). *Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling: Principles, Models, Methods.* San Francisco: Jossey-Bass.

Prado, E., & Rosa, A. (2008). A interatividade na educação à distância: avanços e desafios. *EccoS, Revista científica, 10(1)*, pp. 169-187.

Preheim, G., Casey, K., & Krugman, M. (2006). Clinical Scholar Model. Providing Excellence in Clinical Supervision of Nursing Students. *Journal For Nurses In Staff Development, 22*, pp. 15–20.

Proctor, B. (1986). Supervision: a co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M., Payne (eds), (pp. 21–34). National Youth Bureau, Council for Education and Training in Youth and Community Work. Em M. Marken, & M. Payne, *Enabling and ensuring. supervision in practice* (pp. 21–34). Leicester: National Youth Bureau, Council for Education and Training in Youth and Community Work.

Proctor, B. (2000). *Group Supervision. A Guide to Creative Practice.* Sage Publications.

Proctor, B. (2006). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. Em T. Butterworth, J. Cutcliffe, & B. Proctor, *Fundamental Themes in Clinical Supervision* (pp. 25-46). London: Routledge Editions.

Proctor, B. (2010). Review: a randomised controlled trial of clinical supervision: selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationships with quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental healt. *Journal of Research in Nursing, 15*, pp. 169-172.

Ramos, M. (2003). A perceptoria como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem, 7(1)*, pp. 3-12.

Read, B. (2005). Seriously, iPods are educational. *Chronicle of Higher Education, 51(28)*, pp. 30-32.

Reis Santos, M., Pires, R., & Sardo, D. (2011). Supervisão clínica em Enfermagem: a importância da formação. Em U. d.–E. EsenfC (Ed.), *Referência. Suplemento actas de comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem. 4*, p. 320. Coimbra: Referência nº4 III série, setembro, Suplemento actas de comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem.

Rezende, P., & Gaizinski, R. (2008). Tempo despendido na assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Revista da Escola de Enfermagem - USP, 42(1)*, pp. 152-9.

Rice, F., Cullen, P., McKenna, H., Kelley, B., Keeney, S., & Richey, R. (2007). Clinical supervision for mental health nurses in Northern Ireland: formulating best practice guidelines. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 14*, pp. 516-521.

Rickards, L. (2011). Rural health: problems, prevention and positive outcomes. *Health: Future Leaders*.

Robson, M., & Whelan, L. (2006). Virtue out of necessity? Reflections on a telefone supervision relationship. *Counselling and Psychotherapy Research, 6(3)*, pp. 202-208.

Rocha, A. (2014). *Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: perspetiva dos supervisionados.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Rocha, I. (2013). *Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem.* Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Roche, A., Todd, C., & O'Conner, J. (2007). Clinical supervision in the alcohol and other drug field: An imperative or an option? *Drug and Alcohol Review, 26*, pp. 241-249.

Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Rodrigues, V., Perroca, M., & Jerico, M. (2004). Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq Cienc Saúde, 11(4)*, pp. 210-214.

Rogan, E. (2009). Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 40 (12)*, pp. 565-570.

Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development, 71*, pp. 396-405.

Rothgeb, M. (2008). Creating a nursing simulation laboratory: A literature review. *Journal of Nursing Education, 47(11)*, pp. 489-494.

Royal College of Nursing (2003). *Clinical supervision in the workplace. Guidance for occupational health nurses* (2ª ed.). Cavendish Square, London: Royal College of Nursing.

Rua, M. (2011). A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. *Xornada de Innovación Educativa 2011.* Vigo: Universidade de Vigo. Obtido de http://xie2011.webs.uvigo.es/No%20Vigo/XIE2011-053.pdf

Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico.* Loures: Lusociência.

Rua, M., & Macedo, M. (2014). *A supervisão no processo de integração do enfermeiro num serviço: uma perspetiva bioecológica.* (U. d. Enfermagem, Ed.) Obtido em janeiro de 2015, de http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?target=list-abstract-presentations&event=125

Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais.* Aveiro: Edições CIDInE.

Sá-Chaves, I., & Amaral, M. J. (2001). Supervisão reflexiva: a passagem do eu solitário ao eu solidário. Em I. Alarcão, *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e aprendizagem* (pp. 79-85). Porto: Porto Editora.

Sackett, D. (1998). *Evidence-Based Medicine.* Spine: Lippincott-Raven Publishers.

Sales, A. (2008). *Espelho meu... Espelho meu... Representação social da imagem do enfermeiro.* Tese de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.

Salzberger-Wittenberg, I., Henry, G., & Osborne, E. (1983). *The Emotional Experience of Learning and Teaching.* London: Routledge & Kegan Paul.

Sandelowski, M. (1991). Telling Stories: Narrative approaches in qualitative research. *The Journal of Nursing Scholarship, 23*, pp. 161-166.

Saviani, D. (2009). *Educação: do senso comum à consciência filosófica* (18ª ed.). Campinas-SP: Autores Associados.

Scaife, J. (2001). *Supervision in the Mental Health Professions: A practitioner's guide.* Hove, UK: Brunner-Routledge.

Schalk, D., Bijl, M., Halfens, R., Hollands, L., & Cummings, G. (2010). Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. *Implementation cience, 5*, p. 34.

Schoenwald, S., Sheidow, A., & Chapman, A. (2009). Clinical supervision in treatment transport: Effects on adherence and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(3)*.

Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: how professionals think in action.* London: Temple Smith.

Schön, D. (1987). Educating the reflective practitioner. *Donald Schön's presentation to the 1987 meeting of the American Educational Research Association.* Washington: DC. Obtido em novembro de 2014, de http://educ.queensu.ca/~russellt/howteach/schon87.htm

Schön, D. (1997). Formar professores como profissionais reflexivos. Em A. Nóvoa (Org.), *Os professores e a sua formação* (3ª ed., pp. 79-91). Lisboa: Dom Quixote.

Scottish Executive (2001). *Caring for Scotland: The Strategy for Nursing and Midwifery in Scotland.* Stationery Offic, Edinburgh.

Sealy, A. (2006). *Clinical Supervision Policy & Guidelines For Registered Nurses & Clinical Support Staff. Ref CL003.* City & Hackney Teaching Primary Care Trust. NHS.

Segesten, K. (1993). Effects of professional group supervision of nurses: utilizing the nurse self-description form. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 7*, pp. 101-104.

Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais. *Revista Crítica de Ciências Sociais, 85*, pp. 65-82.

Serafini, O., & Pacheco, J. (1990). A observação como elemento regulador da tomada de decisões: a proposta de um instrumento. *Revista Portuguesa de Educação, 3*, pp. 1-19.

Severinsson, E. (1995). *Clinical nursing supervision in health care.* Doctoral Thesis, The Nordic School of Public Health, Göteborg.

Severinsson, E. (1996). Nurse supervisors_views of their supervisory styles in clinical supervision: a hermeneutical approach. *Journal of Nursing Management, 4*, pp. 191–199.

Severinsson, E. (2001). Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics, 8(1)*, pp. 36–44.

Severinsson, E., & Borgenhammar, E. (1997). Expert views on clinical supervision: a study base don interviews. *Journal of Nursing Management, 5*, pp. 175–183.

Severinsson, E., & Hallberg, I. (1996). Systematic clinical supervision, working milieu and influence over duties: the psychiatric nurse's viewpoint – a pilot study. *International Journal of Nursing Students, 33(4)*, pp. 394–406.

Sexton-Bradshaw, D. (1999). Establishing clinical supervision in NICU. *Paediatric Nursing, 2(11)*, pp. 26-29.

Silva, A. P. (2001). *Sistema de informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança.* Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Silva, R., & Sá-Chaves, I. (2008). Reflexive formation: teachers' representations about the use of reflexive portfolio in the forming of medical doctors and nurses. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 12(27)*, pp. 721-734.

Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série-n.° 3*, pp. 113-122.

Simões, J. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho.* Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Simões, J., & Garrido, A. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem, 16(4)*, pp. 599-608.

Sinclair, K. (1998). Reflective practice in health care. Em J. Creek (ed), *Occupational therapy: new perspectives.* London: Whurr Publishers.

Skills for Care (2007). Providing effective supervision. A workforce development tool, including a unit of competence and supporting guidance. Obtido em junho de 2014, de http://www.skillsforcare.org.uk/publications/ProvidingEffectiveSupervision.aspx

Sloan, G. (1999). Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing, 8(8)*, pp. 524–529.

Sloan, G. (2000). The supervisory relationship: are we forgetting something? *Netlink:The Psychiatric Nursing Research Network, 14(1)*, pp. 7–8.

Sloan, G. (2005). Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. *British Journal of Nursing, 14 (17)*, pp. 918-923.

Sloan, G. (2006). *Clinical supervision in mental health nursing.* John Wiley & Sons.

Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard, 17 (4)*, pp. 41-46.

Snowdon, D., Leggat, S., & Taylor, N. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res, 17(1)*, pp. 786-92.

Soares, M. (2009). A Supervisão pedagógica: uma leitura dos tempos. *Ozarfaxinars e-revista, 12*, pp. 1-12. Obtido de http://www.cfaematosinhos.eu/Supervisao%20Pedagogica.pdf

Soares, S. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspectivas do enfermeiro. *Nursing, 15(175)*, pp. 28-33.

South Gloucestershire (2011). *Clinical Supervision Guidelines For Nursing and Allied Health Professionals (AHP'S).* Clinical policy folder ref nº 56, National Health Service, Gloucestershire.

Spence, C., Cantrell, J., Christie, I., & Samet, W. (2002). A collaborative approach to the implementation of clinical supervision. *Journal of Nursing Management, 10*, pp. 65–74.

Spradley, J. (1997). *The Ethnographic Interview.* New York: Holt Rinehart and Wilson.

Stebnicki, M., & Glover, N. (2001). E-Supervision as a complementary approach to traditional face-to-face clinical supervision in rehabilitation counseling: problems and solutions. *Rehabilitation Education, 15(3)*, pp. 283-293.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2ª ed.). London: SAGE Publications.

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Camarate, Portugal: Lusociência.

Swain, G. (1995). *Clinical Supervision: The principles and Process.* Great Britain: Great Britain: Health Visitors' Association.

Sweeney, G., Webley, P., & Treacher, A. (2001). Supervision in occupational therapy, part 2: the supervisee's dilemma. *British Journal of Occupational Therapy, 64(8)*, pp. 380-86.

Tate, S. (2004). *Using critical reflection as a teaching tool.* Obtido em novembro de 2014, de http://www.health.heacademy.ac.uk/lenses/occasionalpapers/col10004/m10126.html

Tavares, J. (1993). *Dimensão pessoal e interpessoal na formação.* Aveiro: CIDInE: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.

Tavares, J. (2001). Contributos psicológicos e sociológicos para uma escola Reflexiva. Em I. Alarcão, *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e aprendizagem* (pp. 55-66). Porto: Porto Editora.

Tavares, J. (2013). *Políticas de supervisão clínica em enfermagem em serviços de pediatria.* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Te Pou (2009). *National Guidelines for the Professional Supervision of Mental Health and Addiction Nurses.* Te Pou, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development, Auckland.

The Chartered Society of Physiotherapy (2003). *A guide to implementing clinical supervision for qualified and associate members.* London.

Thomas, J. (2010). *The ethics of supervision and consultation: Practical guidance for mental health professionals.* Washington: American Psychological Association.

Thompson, C. (2003). Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing, 43(3)*, pp. 230-237.

Thompson, S., & Winter, R. (2004). A telephone led clinical supervision pilot for nurses in different settings. *Professional Nurse, 18(8)*, pp. 467-470.

Timpson, J. (1996). Clinical supervision: a plea for 'pit head time' in cancer nursing. *European Journal of Cancer Care, 5*, pp. 43-52.

Todd , C., & O'Connor, J. (2005). Clinical Supervision. Em A. R. N. Skinner, *Workforce Development TIPS (Theory Into Practice Strategies): A Resource Kit for the Alcohol and Other Drugs Field.* Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, Adelaide, Australia.

Todd, G., & Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guided discovery: clinical supervision. *British Journal of Nursing, 8(20)*, pp. 1383–1389.

Tooley, L. (2014). *Clinical Supervision Policy.* National Health Service, Leicestershire Partnership Primary Care Trust, Leicestershire.

Trilla, J. (2008). A educação não-formal. Em V. A. Arantes, *Educação formal e não-formal: pontos e contrapontos.* São Paulo: Summus.

Trory, H., Devecchi, C., & Murray, J. (2013). Inclusive daily childcare for children with disabilities (0-5) in England: a policy and practice overview from 1997 to present day. *Symposium presented to: European Early Childhood Education Research Association Research Association (EECERA) 23rd Annual Conference: Values, Culture and Contexts*, (pp. 6-19). Estonia.

Tveiten, S. (2005). Evaluation of the concept of supervision related to public health nurses in Norway. *Journal of Nursing Management, 13*, pp. 13–21.

UNESCO (1976). Carta de Nairobi. Em UNESCO (Ed.), *UNESCO, 19ª Sessão.* Nairobi.

United Kingdom Central Council (1995). *The councils proposed standards for incorporation into contracts for hospital and community health care services.* Department of Health, London.

United Kingdom Central Council for Nursing (1996). *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting.* NHS, Midwifery and Health Visiting. Obtido de http:\\www.clinical-supervision.com/clinsup.htm

Universidade do Minho, E. (2013). *Universidade do Minho. Escola Superior de Enfermagem. Cursos de formação especializada. Supervisão clínica em enfermagem*. Obtido em 27 de Setembro de 2014, de regulamento do curso despacho RT- 14/2013, de fevereiro: https://intranet.uminho.pt/Arquivo/files/Despachos/2013/Despacho_RT-14_2013.pdf

Valadares, J., & Moreira, M. (2009). *A Teoria da Aprendizagem Significativa: Sua Fundamentação e Implementação.* Coimbra: Almedina.

Van Manen, M. (1991). *The Tact of Teaching: the Meaning of Pedagogical Thoughtfulness.* London: Ont.: Althouse Press.

Van Ooijen, E. (2000). *Clinical Supervision: a pratical approach.* London: Churchill Routledge.

Varandas, M., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação, 22*, pp. 141-158.

Veeramah, V. (2002). The benefits of using clinical supervision. Mental Health Nursing. *Mental Health Nursing, 22(1)*, pp. 18-23.

Vieira, F., & Moreira, M. (2011). *Supervisão e avaliação do desempenho docente. Para uma abordagem de orientação e transformadora.* Ministério da Educação - Conselho Científico para a Avaliação de Professores. Ministério da Educação - CCAP.

Vieira, J. (2014). *Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de supervisão clínica em enfermagem.* Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Vieira, R., & Vieira, C. (2005). *Estratégias de Ensino: Aprendizagem.* Lisboa: Instituto Piaget.

Wagner, S., Keane, S., McLeod, B., & Bishop, M. (2008). *A Report: Clinical Supervision for Allied Health Professionals in Rural NSW.* NSW Institute of Rural Clinical Services and Teaching, Lismore.

Walsh, K., Nicholson, J., Keough, C., Pridham, R., Kramer, M., & Jeffrey, J. (2003). Development of a group model of supervision to meet the needs of a community health nursing team. *International Journal of Nursing Practice, 9(1)*, pp. 33-39.

Waskett, C. (2009). An integrated approach to introducing and maintaining supervision: the 4s model. *Nursing Times, 105(17)*, pp. 24-26.

Watkins, C. (1997). *Handbook of psychotherapy supervision.* New York: Wiley.

Weitzman, E. A. (2000). Software and qualitative research. In N. Denzin and Y. Lincoln (Eds.) Handbook of qualitative research, 2nd Ed (pp. 803-820). Thousand.

White, E., & et al. (1998). Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing, 28(1)*, pp. 185-192.

White, E., & Winstanley, J. (2006). Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. *Journal of Nursing Management, 14*, pp. 628–636.

White, E., & Winstanley, J. (2009). Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health nursing innovation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*, pp. 895-903.

White, E., & Winstanley, J. (2010). A randomised controlled trial of clinical supervision: selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationships with quality of care and patient outcomes, as an informe contribution to mental health nursing. *Journal of Research in Nursing, 15(2)*, pp. 151-167.

White, E., & Winstanley, J. (2010). Does clinical supervision lead to better patient outcomes in mental health nursing? *Nursing Times, 106(16)*, pp. 16-18.

White, E., & Winstanley, J. (2014). *Clinical Supervision and the Helping Professions: An Interpretation of History*. Obtido em 11 de janeiro de 2017, de The Clinical Supervisor: http://dx.doi.org/10.1080/07325223.2014.905226

White, E., Butterworth, T., Bishop, V., Carson, J., Jeacock, J., & Clements, A. (1998). Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing, 28(1)*, pp. 185-192.

Williams, A. (1995). *Visual and active supervision: roles, focus, technique.* Norton & Company, Incorporated, W. W.

Williamson, G., & Dodds, S. (1999). The effectiveness of a group approach to clinical supervision in reducing stress: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 8*, pp. 338–344.

Wilson, D., & Winter, R. (2013). *Clinical Supervision and Teaching Course.* Participant Manual, University of Tasmania (UTAS), Faculty of Health Science. Rural Clinical School, Tasmania.

Winstanley, J. (2000). Manchester Clinical Supervision Scale©. *Nursing Standard, 14(19)*, pp. 31-32.

Winstanley, J. (2001). Developing methods for evaluating clinical supervision. Em J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor, *Fundamental themes in clinical supervision* (pp. 210-224). London: Routledge.

Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher, 10(4)*, pp. 7-32.

Winstanley, J., & White, E. (2011). The MCSS - 26: Manchester Clinical Supervision Scale using the rasch measurement model. *Journal of Nursing Measurement, 19(3)*, pp. 160-178.

Wood, J. (2004). Clinical supervision. *British Journal of PerioperativeNursing, 14(4)*, pp. 151–156.

Worcestershire Mental Health (2005). *Policy for Clinical Supervision for Nurses.* Worcestershire Mental Health Partnership NHS Trust. Worcestershire Coutycouncil, NHS, Worcestershire.

Worcestershire Mental Health (2011). *Supervision Policy.* Worcestershire Mental Health Partnership NHS Trust, NHS, Worcestershire.

World Health Organization, & UNICEF (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care.* Alma Ata, USSR, 6-12th September.

World Health Organization (1983). *The Principles of Quality Assurance.* Report on a WHO meeting, World Health Organization, Copenhagen.

Wright, J. (2012). Clinical supervision: a review of the evidence base. *Nursing Standard, 3*, pp. 44-49.

Yegdich, T. (1999). Lost in the crucible of supportive clinical supervision: Supervision is not therapy. *Journal of Advanced Nursing, 29(5)*, pp. 1265–1275.

Yegdich, T. (2001). An Australian perspective on clinical supervision. Em J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Procter, *In Fundamental Themes in Clinical Supervision* (pp. 259–283). London: Routledge.

Yin, R. (2005). *Estudo de caso - Planejamento e métodos* (3ª ed.). (D. Grassi, Trad.) Porto Alegre: Bookman.

Yip, K. (2006). Self-reflection in reflective practice: a note of caution. *British Journal of Social Work, 36(5)*, pp. 777-788.

Yonge, O., Diane, B., & Myrick, F. (2007). Preceptorship and Mentorship: Not Merely a Matter of semantics. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 4*, p. Article 19.

Zeferino, A., Domingues, R., & Amaral, E. (2007). Feedback como Estratégia de Aprendizado no Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica, 31(2)*, pp. 176-179.

Zeichner, K. M. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas.* Lisboa: EDUCA.

ANEXOS

ANEXO 1

Guião de entrevista semiestruturada

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde
Doutoramento em Enfermagem

Guião de Entrevista

Regina Pires

Porto, Março de 2011

Estrutura da entrevista

Bloco I – Legitimação da entrevista.

Bloco II – Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas.

Bloco III – Caracterização da supervisão.

Bloco IV – Designação e relações funcionais do supervisor.

Bloco V – Evolução do sistema supervisão.

BLOCO	OBJECTIVOS
Bloco I – Legitimação da entrevista. Com a realização das entrevistas pretendemos colher informação que nos permita alcançar os objectivos que enumeramos na coluna à direita. Relativamente às questões éticas, comprometemo-nos a respeitar os procedimentos inerentes a este tipo de estudo, nomeadamente o anonimato e confidencialidade	1. Caracterizar a cultura organizacional no que se refere à supervisão das práticas e organização científico-administrativa; 2. Conhecer as percepções dos participantes sobre a supervisão clínica em enfermagem (SCE); 3. Identificar as actividades de supervisão desenvolvidas na organização; 4. Identificar as actividades de supervisão realizadas pelos participantes; 5. Definir as dimensões básicas em que deve assentar um programa de supervisão clínica em enfermagem para os enfermeiros dos Centros de Saúde onde se vai realizar o estudo;

2

Bloco II - Representações sobre a supervisão clínica em enfermagem

1. O que entende por supervisão clínica em enfermagem?
2. Que tipo de actividades relacionadas com a supervisão clínica em enfermagem se realizam no CS?

Bloco III - Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas

1. Qual a importância que a actividade clínica tem no conjunto das actividades desenvolvidas pelos enfermeiros?
2. Qual a importância que a actividade de supervisão tem no conjunto das actividades desenvolvidas pelos enfermeiros?
3. Considera que as práticas profissionais seguras e eficazes são importantes? Porquê?
4. Considera que o suporte profissional é importante para o seu desempenho?
5. Considera que a oportunidade de partilhar os seus conhecimentos, transmiti-los aos colegas e expandir o seu corpo de conhecimentos profissionais, beneficia os cuidados que presta aos clientes?

Bloco IV - Caracterização da supervisão

1. Quais as suas responsabilidades na supervisão de colegas?
2. No que respeita à supervisão dos colegas, que estratégias utiliza com maior predominância?
3. Com que tipo de dificuldades se confronta na supervisão dos colegas?
4. Quais as atitudes dos seus colegas perante as suas responsabilidades a nível da supervisão clínica?
5. Que tipo de actividades de supervisão lhe são disponibilizadas?
6. Que estratégias são utilizadas no CS para o desenvolvimento da reflexão sobre as práticas de enfermagem?
7. Que estratégias são utilizadas no CS para o desenvolvimento do conhecimento profissional dos enfermeiros?

8. Que estratégias são utilizadas no CS para o desenvolvimento da reflexão sobre as práticas e pensamento crítico em enfermagem?
9. Que estratégias são utilizadas no CS para o suporte emocional dos enfermeiros?
10. Que estratégias de coping utiliza com maior predominância para fazer face às situações de stress profissional?
11. Que tipo de estratégias são utilizadas no CS para assegurar a segurança dos cuidados?
12. Que tipo de estratégias são utilizadas no CS para assegurar a qualidade dos cuidados?
13. Que tipo de estratégias são utilizadas no CS para assegurar a prevenção do erro?

Bloco V - Evolução do sistema de supervisão

1. Como gostaria que evoluísse o sistema de supervisão clinica no que respeita ao suporte e actividade clínica?
2. Refirindo-se à estrutura do programa de SCE para o CS:

   - Que tipo de supervisão (de grupo, um para um, ou ouro)
   - Com que periodicidade deveriam ser marcadas as sessões de supervisão?
   - Refira alguns dos aspectos que devem ser incluídos num contracto de supervisão.

3. Que tipo de evoluções seria útil acontecerem a nível da supervisão clínica dos pares?
4. Em que medida é que a supervisão clínica pode contribuir para a filosofia global da qualidade?
5. Que contributos a supervisão clínica em enfermagem pode dar para a qualidade dos cuidados de enfermagem?

Bloco VI - Designação e relações funcionais do supervisor

1. Como deveria ser identificado o supervisor?
2. Que características deve possuir o supervisor clínico?
3. Que formação deve possuir o supervisor clínico?

4

ANEXO 2

Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QAFESCE]

QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

O objetivo deste questionário é colher dados que permitam analisar a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência de implementação das estratégias de SCE nas suas práticas, a relevância que atribuem a essas estratégias e avaliação da relevância dos indicadores das estratégias de supervisão clínica em enfermagem.

- Não há respostas certas ou erradas;
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal;

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que, desde já se agradece a sua colaboração.

Parte I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade _____

3. Tempo de exercício profissional _____ (anos completos)

4. Categoria profissional

☐ Enfermeiro ☐ Enfermeiro Graduado
☐ Enfermeiro Especialista ☐ Enfermeiro Chefe
☐ Enfermeiro Supervisor ☐ Enfermeiro Diretor

5. Situação jurídica de emprego

☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas (Antiga Nomeação Definitiva/Quadro)
☐ Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
☐ Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo
☐ Outro

Qual?_____
_

6. Instituição onde exerce funções

_____

7. Serviço onde exerce funções

_____

8. Habilitações académicas e profissionais (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Bacharelato
☐ Licenciatura

☐ Especialidade
Qual?_____
☐ Mestrado
Qual?_____
☐ Doutoramento

Qual?_____

9. Sente-se realizado como enfermeiro?

☐ Sim ☐ Não

10. Enquanto enfermeiro, já teve experiência como supervisionado?

☐ Sim ☐ Não
(Se respondeu não, passe à questão 12)

11. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisionado?

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indiferente

12. Tem formação em Supervisão Clínica em Enfermagem?

☐ Sim
Qual?_____
☐ Não

13. Já teve experiência enquanto supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

14. A sua experiência enquanto supervisor clínico foi na (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Supervisão de estudantes
☐ Supervisão de pares

15. Iniciou funções de supervisor clínico porque (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Voluntariou-se
☐ O seu supervisor hierárquico nomeou-o
☐ Os seus colegas sugeriram-no
☐ Tem formação na área de Supervisão Clínica em Enfermagem
☐ Outra

Qual?_____

16. Atualmente é supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

17. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisor clínico?

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indiferente

18. Gostaria de vir a desempenhar funções de supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

19. Considera importante ter formação em Supervisão Clínica em Enfermagem para exercer funções de supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

20. Considera a Supervisão Clínica em Enfermagem importante para o desenvolvimento profissional?

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

Parte II – FREQUÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE SCE

Para cada uma das afirmações apresentadas relativas à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e à frequência com que desejaria que estas fossem implementadas, assinale com um círculo/cruz, a resposta que traduz a sua opinião face a cada afirmação.
Utilize para isso a seguinte chave:

1	2	3	4	5
Uma ou mais vezes por dia	Uma ou mais vezes por semana	Uma ou mais vezes por mês	Menos que uma vez por trimestre	Nunca

É importante que indique sempre, para cada afirmação, a sua opção relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e à frequência com que desejaria que estas fossem implementadas.

Frequência realizada						Frequência desejada				
1	2	3	4	5	**Sessões de supervisão individuais** (estratégia estruturada e ativa, desenvolvida entre o supervisor e o supervisionado, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Sessões de supervisão em grupo** (estratégia estruturada e ativa, desenvolvida em grupo de pares, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Feedback** (processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Análise crítico-reflexiva das práticas** (estratégia que promove a reflexão sobre a prática e a reconstrução de saberes, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia no processo de tomada de decisão consciente e informado)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Análise de casos com o supervisionado** (estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Análise de casos em grupo** (estratégia de grupo potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	A**uto supervisão** (estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Análise de documentação dos cuidados de enfermagem** (estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado sobre a conceção de cuidados)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Demonstração** (processo através do qual o supervisor, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisionado, como executar ou abordar uma determinada situação)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Relatório reflexivo** (estratégia didática de promoção da reflexão e autoavaliação, através de um documento escrito pelo supervisionado, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Supervisão à distância: telefone** (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Supervisão à distância: e-mail** (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Supervisão à distância: *skype*** (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	**Apoio** (estratégia que visa ajudar o supervisionado na sua prática clínica, reduzir o stresse, prevenir o *burnout* e aumentar a sua satisfação profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Formação contínua** (estratégia formativa essencial para a atualização de conhecimentos e práticas)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	**Observação** (processo estruturado de observação das práticas e atitudes do supervisionado)	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO 3

Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QARIESCE]

QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA DA RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

O objetivo deste questionário é colher dados que permitam analisar a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência de implementação das estratégias de SCE nas suas práticas, a relevância que atribuem a essas estratégias e avaliação da relevância dos indicadores das estratégias de supervisão clínica em enfermagem.

- Não há respostas certas ou erradas;
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal;

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que, desde já se agradece a sua colaboração.

Parte I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade _____

3. Tempo de exercício profissional _____ (anos completos)

4. Categoria profissional

☐ Enfermeiro
☐ Enfermeiro Graduado
☐ Enfermeiro Especialista
☐ Enfermeiro Chefe
☐ Enfermeiro Supervisor
☐ Enfermeiro Diretor

5. Situação jurídica de emprego

☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas (Antiga Nomeação Definitiva/Quadro)
☐ Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
☐ Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo
☐ Outro

Qual?_____
_

6. Instituição onde exerce funções

_____

7. Serviço onde exerce funções

_____

8. Habilitações académicas e profissionais (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Especialidade
Qual?_____
☐ Mestrado
Qual?_____

☐ Doutoramento

Qual?_____

9. Sente-se realizado como enfermeiro?

☐ Sim ☐ Não

10. Enquanto enfermeiro, já teve experiência como supervisionado?

☐ Sim ☐ Não

(Se respondeu não, passe à questão 12)

11. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisionado?

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indiferente

12. Tem formação em Supervisão Clínica em Enfermagem?

☐ Sim

Qual?_____

☐ Não

13. Já teve experiência enquanto supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

14. A sua experiência enquanto supervisor clínico foi na (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Supervisão de estudantes

☐ Supervisão de pares

15. Iniciou funções de supervisor clínico porque (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Voluntariou-se

☐ O seu supervisor hierárquico nomeou-o

☐ Os seus colegas sugeriram-no

☐ Tem formação na área de Supervisão Clínica em Enfermagem

☐ Outra

Qual?_____

16. Atualmente é supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

17. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisor clínico?

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indiferente

18. Gostaria de vir a desempenhar funções de supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

19. Considera importante ter formação em Supervisão Clínica em Enfermagem para exercer funções de supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

20. Considera a Supervisão Clínica em Enfermagem importante para o desenvolvimento profissional?

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DAS ESTRATÉGIAS DE SCE

Atendendo às estratégias de supervisão clínica seguidamente assinaladas a **negrito,** escolha, colocando uma cruz (X) na opção que mais se adequa à sua opinião relativamente à relevância com que os indicadores das estratégias de supervisão mencionados devem ser implementados no âmbito da supervisão clínica

m so a e:

Nada Relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	Totalmente relevante
1	**2**	**3**	**4**	

Feedback: processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho

O supervisor fornece feedback de forma clara e objetiva	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback de forma contínua e atempada	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback positivo	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback negativo	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback sobre as competências científicas, técnicas e atitudinais	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback num ambiente apropriado	1	2	3	4	5

Demonstração: processo através do qual o supervisor, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisionado, como executar ou abordar uma determinada situação

O supervisor demonstra um determinado procedimento	1	2	3	4	5
O supervisor complementa a demonstração com explicação (promotora da compreensão)	1	2	3	4	5
O supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)	1	2	3	4	5

Observação: processo estruturado de observação das práticas e atitudes do supervisionado

O supervisor observa as atitudes do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor observa o supervisionado na realização das práticas	1	2	3	4	5
O supervisor regista os dados observados	1	2	3	4	5

Relatório reflexivo: estratégia didática de promoção da reflexão e autoavaliação, através de um documento escrito pelo supervisionado, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e profissional

O supervisor analisa o relatório reflexivo do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo	1	2	3	4	5

Formação contínua: estratégia formativa essencial para a atualização de conhecimentos e práticas

O supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	1	2	3	4	5
O supervisor identifica necessidades de formação do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor indica fontes de pesquisa	1	2	3	4	5
O supervisor incentiva a pesquisa	1	2	3	4	5
O supervisor incentiva uma prática baseada na evidência	1	2	3	4	5

Supervisão à distância: estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio

O supervisor responde aos e-mails do supervisionado no tempo acordado	1	2	3	4	5
O supervisor está disponível via *skype* para contacto com o supervisionado no horário acordado	1	2	3	4	5
O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado	1	2	3	4	5

Análise de documentação dos cuidados de enfermagem: estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado sobre a conceção de cuidados

O supervisor analisa a consistência e rigor da documentação dos cuidados	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades de formação	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar, na documentação, os dados necessários à viabilização de indicadores de qualidade dos cuidados	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a adequação dos padrões de documentação dos cuidados em uso	1	2	3	4	5

Apoio: estratégia que visa ajudar o supervisionado na sua prática clínica, a reduzir o stresse, a prevenir o *burnout* e a aumentar a sua satisfação profissional

O supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor promove o suporte entre os pares	1	2	3	4	5
O supervisor propõe desafios	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a gerir as emoções	1	2	3	4	5
O supervisor coloca-se no papel do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor apoia o supervisionado em situações ansiogénicas	1	2	3	4	5

Análise crítico-reflexiva das práticas: estratégia que promove a reflexão sobre a prática e a reconstrução de saberes, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia no processo de tomada de decisão consciente e informada

O supervisor ajuda o supervisionado a refletir **para a ação** de modo a planificar as suas intervenções	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir **na ação** de modo a estruturar as suas intervenções	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir **sobre a ação** realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação	1	2	3	4	5
O supervisor reflete com o supervisionado sobre as metodologias de organização dos cuidados	1	2	3	4	5
O supervisor não dá respostas, ajuda o supervisionado a encontrá-las por si	1	2	3	4	5
O supervisor respeita o tempo para o supervisionado refletir	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a questionar-se sobre situações decorrentes da prática	1	2	3	4	5
O supervisor questiona o supervisionado sobre a sua prática	1	2	3	4	5

Análise de casos com o supervisionado: estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos

O supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores do supervisionado	1	2	3	4	5

Análise de casos em grupo: estratégia de grupo potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos

O supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor analisa incidentes críticos com os supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados	1	2	3	4	5
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados	1	2	3	4	5

Sessões de supervisão individuais: estratégia estruturada e ativa desenvolvida entre o supervisor e o supervisionado, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional

O supervisor negoceia as estratégias de supervisão	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para dar sugestões	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões	1	2	3	4	5
O supervisor identifica as necessidades de desenvolvimento do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor planeia a sessão seguinte com o supervisionado	1	2	3	4	5

Sessões de supervisão em grupo: estratégia estruturada e ativa, desenvolvida em grupo de pares, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional

O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões	1	2	3	4	5
O supervisor promove a reflexão entre supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor promove a troca de experiências entre supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para darem sugestões	1	2	3	4	5
O supervisor planeia a sessão seguinte com os supervisionados	1	2	3	4	5

Auto supervisão: estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas

O supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades	1	2	3	4	5
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autoavaliação	1	2	3	4	5
O supervisor treina com o supervisionado a utilização de técnicas de autoavaliação	1	2	3	4	5
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autorreflexão	1	2	3	4	5

Muito obrigada

ANEXO 4

Questionário de Avaliação da Relevância das Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem [QARESCE]

QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA DA RELEVÂNCIA DAS ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

O objetivo deste questionário é colher dados que permitam analisar a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência de implementação das estratégias de SCE nas suas práticas, a relevância que atribuem a essas estratégias e avaliação da relevância dos indicadores das estratégias de supervisão clínica em enfermagem.

- Não há respostas certas ou erradas;
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal;

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que, desde já se agradece a sua colaboração.

Parte I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade _____

3. Tempo de exercício profissional _____ (anos completos)

4. Categoria profissional

☐ Enfermeiro
☐ Enfermeiro Graduado
☐ Enfermeiro Especialista
☐ Enfermeiro Chefe
☐ Enfermeiro Supervisor
☐ Enfermeiro Diretor

5. Situação jurídica de emprego

☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas (Antiga Nomeação Definitiva/Quadro)
☐ Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
☐ Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo
☐ Outro

Qual?_____

_

6. Instituição onde exerce funções

_____

7. Serviço onde exerce funções

_____

8. Habilitações académicas e profissionais (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Especialidade
Qual?_____
☐ Mestrado
Qual?_____

☐ Doutoramento

Qual?_____

9. Sente-se realizado como enfermeiro?

☐ Sim ☐ Não

10. Enquanto enfermeiro, já teve experiência como supervisionado?

☐ Sim ☐ Não

(Se respondeu não, passe à questão 12)

11. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisionado?

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indiferente

12. Tem formação em Supervisão Clínica em Enfermagem?

☐ Sim

Qual?_____

☐ Não

13. Já teve experiência enquanto supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

14. A sua experiência enquanto supervisor clínico foi na (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Supervisão de estudantes

☐ Supervisão de pares

15. Iniciou funções de supervisor clínico porque (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Voluntariou-se

☐ O seu supervisor hierárquico nomeou-o

☐ Os seus colegas sugeriram-no

☐ Tem formação na área de Supervisão Clínica em Enfermagem

☐ Outra

Qual?_____

16. Atualmente é supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

17. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisor clínico?

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indiferente

18. Gostaria de vir a desempenhar funções de supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não

19. Considera importante ter formação em Supervisão Clínica em Enfermagem para exercer funções de supervisor clínico?

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

20. Considera a Supervisão Clínica em Enfermagem importante para o desenvolvimento profissional?

☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

Parte III – RELEVÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE SCE

Para cada uma das afirmações apresentadas relativas à relevância que atribui à utilização das estratégias de SCE nas suas práticas, assinale com um círculo/cruz, a resposta que traduz a sua opinião face a cada afirmação. Utilize para isso a seguinte chave:

1	2	3	4	5
Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	Totalmente relevante

	Relevância				
Sessões de supervisão individuais (estratégia estruturada e ativa, desenvolvida entre o supervisor e o supervisionado, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
Sessões de supervisão em grupo (estratégia estruturada e ativa, desenvolvida em grupo de pares, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
Feedback (processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho)	1	2	3	4	5
Análise crítico-reflexiva das práticas (estratégia que promove a reflexão sobre a prática e a reconstrução de saberes, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia no processo de tomada de decisão consciente e informado)	1	2	3	4	5
Análise de casos com o supervisionado (estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos)	1	2	3	4	5
Análise de casos em grupo (estratégia de grupo potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos)	1	2	3	4	5
A**uto supervisão** (estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas)	1	2	3	4	5
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem (estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado sobre a conceção de cuidados)	1	2	3	4	5
Demonstração (processo através do qual o supervisor, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisionado, como executar ou abordar uma determinada situação)	1	2	3	4	5
Relatório reflexivo (estratégia didática de promoção da reflexão e autoavaliação, através de um documento escrito pelo supervisionado, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
Supervisão à distância: telefone (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5

Supervisão à distância: e-mail (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5
Supervisão à distância: *skype* (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5
Apoio (estratégia que visa ajudar o supervisionado na sua prática clínica, reduzir o stresse, prevenir o *burnout* e aumentar a sua satisfação profissional)	1	2	3	4	5
Formação contínua (estratégia formativa essencial para a atualização de conhecimentos e práticas)	1	2	3	4	5
Observação (processo estruturado de observação das práticas e atitudes do supervisionado)	1	2	3	4	5

ANEXO 5

Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e à Direção do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso.

ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

PARECER Nº 56/2010

(sobre estudo "Da Supervisão Clínica em Enfermagem à qualidade do exercício profissional: desenvolvimento de um programa de supervisão clínica de pares")

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) deu início ao Processo n.º 56.10CES, com base no despacho do Conselho Directivo da ARSN, exarado em 17/09/2010 sobre a carta da Enfermeira Regina Maria Ferreira Pires, datada de 10/09/2010, relativa ao estudo *"Da Supervisão Clínica em Enfermagem à qualidade do exercício profissional: desenvolvimento de um programa de supervisão clínica de pares"*, no âmbito do seu doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação do Prof. Doutor Rui Canário, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: pedido de autorização para a realização do estudo de investigação pela investigadora dirigido ao Director Executivo do ACES Alto Trás-os-Montes II "Alto Tâmega e Barroso"; ficha curricular da investigadora; declaração de aceitação de co-orientação do projecto de doutoramento assinada pelo Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira (Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto); projecto do trabalho de investigação; modelo de Declaração de Consentimento; mensagens de correio electrónico entre a CES e a investigadora.

A.3. Resumo da documentação:

a) A investigação tem como objectivos: **i)** identificar as actividades de supervisão realizadas pelos participantes; **ii)** definir um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) em Centros de Saúde do Agrupamento de Alto Tâmega e Barroso; **iii)** implementar o programa de SCE; **iv)** avaliar o impacto do programa de SCE no desenvolvimento de competências profissionais; **v)** avaliar o impacto do programa de SCE na melhoria da qualidade do exercício profissional.

b) A colheita de dados é realizada através de entrevistas não estruturadas, observação participativa, notas de campo e questionários. Os critérios de inclusão são: **i)** ser enfermeiro; **ii)** trabalhar no ACES supra referido.

c) Não existe financiamento que permita assegurar os gastos com a investigação no terreno, mas também não se prevêem gastos para o participante.

d) Esta CES solicitou à investigadora, em 20/09/2010, as seguintes informações e/ou esclarecimentos e propôs os seguintes aspectos: **i)** alteração do modelo de Consentimento Informado de acordo com o que está nas páginas da CES do portal da ARSN; **ii)** cópia do pedido de autorização endereçado à entidade com poder decisório (Director Executivo do ACES "Alto Tâmega e Barroso"); **iii)** o projecto de estudo; **iv)** a declaração do orientador da tese; **v)** os instrumentos de recolha de dados.

e) A investigadora respondeu, em 01/11/2010, a todos os pedidos, enviou os documentos e cópias solicitadas e procedeu à alteração do modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido conforme proposto por esta CES.

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 13

www.arsnorte.min-saude.pt

ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Reconhece-se pertinência ao estudo e estão asseguradas a confidencialidade dos dados recolhidos e de anonimato dos participantes.

B.2. Presume-se que o preenchimento do questionário, assim como as entrevistas, não vão interferir com o bom funcionamento das unidades de saúde.

C – CONCLUSÕES

Face ao exposto, a CES delibera:

C.1. Dar parecer favorável à autorização deste estudo;

C.2. Solicitar ao investigador o compromisso de entrega (preferencialmente em suporte digital) do resultado final da investigação a esta CES.

A relatora, Enf.ª Susana Teixeira

Aprovado em reunião do dia 12 de Novembro de 2010, por unanimidade.

Rosalvo Almeida

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 58 15

www.arsnorte.min-saude.pt

ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

ACES ATB
Agrupamento de Centros de Saúde Alto Tâmega e Barroso

Ex.mo(a) Senhor(a)
Regina Maria Ferreira Pires
Escola Superior de Enfermagem do Porto
4000 Porto

N/Ref.	N/C	V/Ref.	Data
71/JAN/2011	27/JAN/2011		

Assunto: Pedido de autorização de realização de estudo

Serve o presente para, relativamente ao assunto em título dar conhecimento a Vª Exª da informação prestada pela Srª Enfermeira Supervisora, que se transcreve, na íntegra:

"(...) dada a pertinência do estudo, na actual reforma dos cuidados de saúde primários e no novo desenvolvimento profissional dos enfermeiros, é de autorizar a sua realização, pois constitui uma oportunidade para o desenvolvimento de melhoria da qualidade do exercício profesional, através dos contributos que podem trazer no desenvolvimento da supervisão clínica em enfermagem.

Acresce ainda, as vantagens de utilizar a metodologia de investigação-acção, que numa perspectiva construtiva potencias as mudanças de comportamentos, necessários neste processo. (...)."

Sobre essa informação recaiu despacho, exarado por mim, no dia de 26 de Janeiro de 2011, com o teor integral se transcreve:

"(...) Autorizo.

Comunique-se (...)."

Com os melhores cumprimentos,

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ACES - ALTO TÂMEGA E BARROSO
DIRECTOR EXECUTIVO
(NUNO VAZ)

Agrupamento de Centros de Saúde de Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso
Campo da Feira | 5400-159 Chaves | Tel. 276 325234/5/6 | Fax 276 326 749
E-mail acessaltotamega-barroso@arsnorte.min-saude.pt

ANEXO 6

Termo de consentimento informado para a realização da entrevista e gravação em suporte áudio.

QUESTIONÁRIO

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Caro (a) colega:

O meu nome é Regina Maria Pires, sou docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto e estou a frequentar Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do qual estou a desenvolver o estudo "Conceção de um programa de supervisão clínica em enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários".

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) consiste num processo formal, facilitador do apoio profissional e da aprendizagem que, através da reflexão e análise da prática clínica, promove o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão, aumentando a protecção do utente e a segurança dos cuidados. Neste âmbito compreende-se que as estratégias de supervisão sejam determinantes para o sucesso do processo supervisivo, devendo ser suportadas por indicadores que contribuam na operacionalização da sua implementação. Neste sentido, considera-se essencial conhecer a percepção dos enfermeiros relativamente à frequência da implementação das estratégias de SCE, a relevância das mesmas e respectivos indicadores.

O estudo tem como objectivos: Identificar as actividades de supervisão realizadas pelos participantes no estudo; Definir os elementos centrais para um programa de SCE em contexto de Cuidados de Saúde Primários; Delimitar as estratégias e metodologias potencialmente adequadas à implementação do programa de SCE; Identificar as principais estratégias e recursos necessários à monitorização do impacte do programa de SCE; Construir o programa de SCE.

Para a realização do estudo torna-se essencial a sua participação pelo que, se aceitar participar, solicito que preencha o questionário. Após o seu preenchimento, deverá colocar o consentimento informado no envelope previamente identificado e o questionário no envelope com a designação de questionários.

Por favor, não escreva em parte alguma do questionário ou do envelope a sua identificação, para que, desta forma, seja assegurada a confidencialidade dos dados. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes.

Se estiver interessado em receber informação do investigador sobre o estudo, ou dos resultados, não hesite em contactar-me através do e-mail (regina@esenf.pt) ou telemóvel (964890730).

Muito obrigada pela sua colaboração,
Regina Pires

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

"ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM"

Eu, abaixo assinado, _____,
declaro ter compreendido a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que me foi proposto participar pelo investigador que assina este documento, tendo-me sido dada a oportunidade de colocar todas as questões sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.

A informação e explicação que me foram prestadas versaram os objetivos, os métodos, os benefícios do estudo e eventual incómodo que dele possa advir, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia.

Por isso, consinto participar no estudo respondendo às questões propostas, permitindo o acesso a dados relacionados com o mesmo.

Porto, ____ de _____ de 2013

Assinatura do participante

_____

Assinatura do investigador

_____